

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO PÓLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL - REPENSUL**

**O ENFOQUE CULTURAL NO PROCESSO
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

BEATRIZ F. WALDMAN

**Porto Alegre
1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO PÓLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE**

BEATRIZ F. WALDMAN

**O ENFOQUE CULTURAL NO PROCESSO
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC - Expansão Pólo III - UFRGS - Porto Alegre-RS, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Assistência em Enfermagem.

**Orientadora:
Dra. IDA HAUNSS DE FREITAS XAVIER**

**Porto Alegre
1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO PÓLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE**

**O ENFOQUE CULTURAL NO PROCESSO
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

BEATRIZ F. WALDMAN

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de


MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Sendo APROVADA em 22 de janeiro de 1999 e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.


Banca Examinadora:

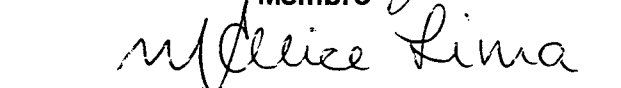

Dra. IDA HAUNSS DE FREITAS XAVIER
Presidente


Dra. ROSITA SAUPE
Membro


Dra. ANA LÚCIA DE LOURENZI BONILHA
Membro


Dra. LIANA LAUTERT
Membro


Dra. ROSA MARIA FILLIPOZZI MARTINI
Membro


Dra. MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA
Suplente

UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem
Prof. Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora

Ficha Catalográfica

W 166 e Waldman, Beatriz.
O enfoque cultural no processo de educação em saúde /Beatriz Waldman; Orient. Dra. Ida Haunns de Freitas Xavier. - Florianópolis: UFSC, Porto Alegre: UFRGS, 1999.
166 p.
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Expansão Pólo III - UFSC - UFRGS.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.
1. Educação em Saúde - 2. Enfermagem - 3. Cultura. I. Ida Haunss de Freitas Xavier - II. Universidade Federal de Santa Catarina. - III. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. IV. Título.

Lúcia Vauthier Machado Nunes
Bibliotecária - CRB 10/193

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta dissertação, que representa uma fase importante de minha vida e que está permeada de algumas experiências gratificantes e de outras nem tanto, é fundamental mencionar aquelas pessoas que contribuíram de maneira significativa para a sua realização. Assim, quero agradecer:

À Dra. Ida Haunss de Freitas Xavier, minha orientadora, que, com sua forma peculiar de ser, demonstrou compreensão e sensibilidade ao acompanhar meu ritmo de caminhada, indicando-me os caminhos à medida que os trilhava junto comigo.

À Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, que me incentivou, apoiou e trouxe valiosas contribuições à realização deste estudo.

À Dra. Rosita Saupe, que me acompanhou desde o início do Curso de Mestrado, pelo estímulo e valorização de minhas idéias e por sempre esperar mais...

À Dra. Maria da Graça Crossetti, pelo incentivo e observações pertinentes ao estudo.

À Dra. Olga Eidt, pelas manifestações de apoio, quer seja através de uma nova bibliografia, quer seja pelo olhar compreensivo.

Às amigas Margarida, Azaléia, Cravina, Rosa e Cravo que, ao permitirem o registro de suas manifestações, nos possibilitaram conhecer a riqueza contida em suas experiências de cuidar.

Às colegas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente à professora Vera Catarina Portella, pelo estímulo recebido.

À colega de Mestrado, professora Elena Müller Korndörfer, por compartilhar momentos de crise e de alegria.

Às funcionárias da Secretaria de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS, pela constante disponibilidade.

À Professora Clotilde Favalli, pela revisão atenta do texto produzido.

Às irmãs Marlene e Elena, que me assessoraram na organização deste trabalho.

À minha família, pelo auxílio na retaguarda e, especialmente, ao Eduardo, grande amigo, incentivador e crítico, que me acompanhou e ajudou a superar as adversidades, com seu amor, compreensão e voto de crédito: *"Vai em frente, mãe. Tu és capaz..."*

Estás cansado do mundo profissional ao teu redor? Rotinas e constrangimentos institucionais lhe sufocam? A mesquinhez das relações roubam o seu ânimo?

Sê bem-vindo ao mundo invisível da cultura e das dimensões simbólicas que povoam a busca da saúde. Aqui, cada personagem é revestido de sentidos e irradia mensagens para além do domínio dos grandes poderes. A beleza dos misteriosos significados de cada ato e das suas surpreendentes repercussões e interações pode transformar seu trabalho em jogo, em que o tabuleiro não é mais o serviço de saúde, mas a sociedade civil. Nesse jogo, a burocracia, os mandões e a carência de recursos são cruéis personagens que, no entanto, não conseguem segurar com as suas mãos a fluidez das palavras, idéias e solidariedades.

Vista-se com os óculos da antropologia e o estetoscópio da psicanálise; arme-se com o método da educação popular; alie aos movimentos sociais; abasteça-se de fé nos homens (inclusive os mais miseráveis) e em sua vocação de ser mais. Mas, antes de tudo, tome a poção mágica da interiorização e mergulhe no lago encantado da convivência afetuosa com alguns grupos populares.

O jogo já começou e vai dar um novo brilho à sua vida.*

(EYMAR M. VASCONCELOS)

* Reprodução fiel de texto distribuído em palestra realizada em Porto Alegre, em março de 1998.

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
1 NA VITRINE: ontem, hoje, inquietações da pesquisadora	11
2 TEMÁTICA E OBJETIVO	20
3 CONTEXTO DO ESTUDO	25
3.1 Participantes do estudo.....	30
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	36
4.1 Compreensões teóricas em saúde e doença.....	37
4.2 Interface entre educação e saúde.....	49
4.3 Interface entre enfermagem e cultura.....	63
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	79
5.1 Opção da abordagem do estudo.....	79
5.2 Instrumentos do estudo.....	82
5.3 Coleta de informações.....	84
5.4 Análise de informações.....	89
6 TEMAS CULTURAIS QUE EMERGIRAM DOS ENCONTROS	92
6.1 O cuidar de si e o não se cuidar.....	93
6.2 A mulher como cuidadora da família.....	122
6.3 A religiosidade e as formas de cuidar.....	136
7 A TÍTULO DE CONTRIBUIÇÃO	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
ANEXOS	162

RESUMO

O pressuposto básico que norteou este estudo foi o entendimento da pesquisadora de que ações educativas, realizadas através de uma abordagem cultural, se constituem em importante estratégia para a promoção e a adequada manutenção da saúde do indivíduo e de grupos, bem como para a recuperação de desequilíbrios provocados pelas doenças. O mesmo se propôs conhecer como algumas mulheres trabalhadoras desenvolvem práticas de cuidados de saúde, visando identificar os fatores culturais, as crenças e os valores que as norteiam, na perspectiva do processo de educação em saúde. Utilizou-se uma abordagem dialógica cuja essência foi o enfoque cultural. Como fundamentação teórica, abordou-se a contextualização histórica dos processos saúde-doença e educação em saúde, aos quais se agregou a interface entre enfermagem e cultura. Optou-se por uma metodologia qualitativa que contemplou a realização de um estudo do tipo etnográfico, utilizando a observação participante e a entrevista não totalmente estruturada, segundo referenciais de Lüdke e André. As informações foram submetidas à análise, de acordo com a proposta de Bardin, a qual possibilitou a descoberta dos temas: o cuidar de si e o não se cuidar; a mulher como cuidadora da família; a religião e as formas de cuidar. Identificaram-se nesses, o trabalho, a religião, a família, a alimentação, a higiene como alguns fatores culturais capazes de influenciarem a percepção das mulheres acerca das práticas de saúde. Concluiu-se que as razões que levam uma pessoa a cuidar da saúde, tanto própria quanto dos outros, bem como os motivos que a fazem realizar esta ou aquela prática de cuidado, precisam ser analisados pelos profissionais de saúde, através das lentes da cultura. Isso poderá favorecer o desenvolvimento do processo de educação em saúde, contribuindo assim para mudanças de comportamentos.

ABSTRACT

The basic assumption guiding this study was the personal understanding of the author that educational actions, which are done through a cultural approach, are a very important strategy to promote the good health of individuals and groups, as well as a factor to overcome physiological imbalances due to diseases. The research intended to know how working class women develop health practice care through the identification of cultural factors, the beliefs and values that guide them in the prospects of health education process. The approach consisted of utilising the dialog, with a cultural focusing. As the theoretical fundament, it was considered the historical context of the health/disease process, and the health education, to which the interface between nursing and culture was added. A qualitative methodology was chosen, which included an ethnographic study using the participating observation and the non structured interview, according to references of Lüdke and André. The information was submitted to the analysis according to Bardin's proposals, which allowed the following theme discoveries: the "take care of one self or not"; the "woman as the family caring" ; "the religion and the ways of care". Work, religion, family, feeding, and hygiene were identified as some of the cultural factors capable of having influence over women's perception about health practice. It was concluded that the reasons that move a person to take care of his or her health, as well as of other people, and the motivations for choosing a specific care practice, must be analysed by health care professionals, in the light of culture. This could favour the development of health education process, contributing to behaviour changes.

1 NA VITRINE: ONTEM, HOJE, INQUIETAÇÕES DA PESQUISADORA

Permitam-me falar um pouco de mim.

Por muitos anos fui enfermeira no Serviço Público de Saúde, mais precisamente em um ambulatório de doenças pulmonares, transformado anos depois em unidade de referência para doentes portadores de danos crônicos como cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, doenças bronco-pulmonares e distúrbios metabólicos, especialmente o diabetes mellitus e a obesidade.

Por um bom tempo, minha atividade principal concentrou-se na área administrativa do serviço. Era eficiente no que fazia, porém via-me envolvida em planilhas para controle de agendas das consultas médicas, marcação de salas, produtividade e folgas dos funcionários, para compras e consertos de equipamentos, horários, férias, relatórios..., enfim, tudo que em princípio é remetido para a pessoa que gerencia um serviço no setor público de saúde. Isso não me trazia satisfação.

Um dia parei para questionar tudo isso. Percebi que estava realizando um elenco de tarefas próprias da área administrativa, as quais poderiam ser executadas por qualquer outra pessoa. Decidi, então, canalizar minha energia e preparo profissional para os clientes do ambulatório, razão única de sua existência.

Assim fiz. Apresentei à direção da instituição um planejamento que contemplava um leque de atividades dirigidas à clientela, cuja ênfase era a atenção de enfermagem através da realização de ações educativas.

Entendia que era necessário tratar da questão da promoção e manutenção da saúde dessa clientela que estava habituada a somente procurar o serviço em busca de consulta médica. Preocupava-me o fato de que a mesma ficava longas horas sentada em bancos desconfortáveis (de madeira, sem encosto) ou, pior ainda, permanecia em pé, no corredor ou na sala de espera, aguardando a vez para consultar com o médico, sem outra coisa a fazer do que conversar com os demais colegas de infortúnio, na busca de ouvidos atentos a suas queixas. Aqueles mais tímidos permaneciam com os olhos vagando pelo ambiente, na busca não se sabe do quê.

Como solucionar o problema? Simples: agendando previamente as consultas médicas e, concomitantemente, reorganizando o fluxo dos atendimentos, de tal forma que me permitisse tempo suficiente para realizar uma rápida orientação aos clientes, antes do horário da consulta, sobre os principais cuidados em relação ao tratamento dos danos crônicos que os afetavam.

Mesmo sendo uma atividade esporádica, pude constatar que a iniciativa era bem aceita, tanto pela clientela quanto pelos médicos do serviço, pois representava algo inédito naquela instituição que, tradicionalmente, atribuía a esses profissionais a supremacia na relação com o paciente.

Isso me levou a sistematizar a atividade. Organizei, então, grupos de diabéticos e de hipertensos, aos quais dirigia palestras agendadas, cuja ênfase eram os aspectos da promoção de hábitos saudáveis de vida e de práticas favoráveis ao equilíbrio da saúde, seguindo o modelo institucionalizado de realizar educação em saúde, o qual recomendava a utilização de material instrucional, oriundo do Ministério da Saúde, como cartilhas, cartazes e folhetos.

Entretanto, nem sempre fui feliz na abordagem utilizada com esses grupos, haja vista o fraco retorno que por vezes advinha do meu trabalho educativo, face à pouca adesão de alguns clientes às atividades propostas.

Nunca fui ingênua a ponto de pensar que o tratamento de um cliente hipertenso, por exemplo, fosse algo fácil de se realizar. É difícil, tanto para o cliente quanto para o profissional envolvido, pois além de ser bastante longo, seus resultados não são imediatos. A forte influência dos hábitos familiares no estilo de vida do mesmo, vinculado a múltiplos fatores como hábitos alimentares, lazer, religião, tipo de trabalho, vida urbana, sedentarismo, tensão emocional, relações familiares, hereditariedade, entre outros, devem ser levados em consideração quando da sua avaliação para o autocuidado.

Freqüentemente surgia a frustração diante de fatores limitantes do tratamento, como a falta de recursos financeiros por parte de um cliente associados à falta de recursos da própria instituição.

Experiei um novo desconforto com o meu cotidiano profissional, ao me deparar com situações de fracasso por parte da clientela na assimilação das orientações por mim fornecidas no sentido de prevenir a doença, recuperar ou manter a saúde. Verifiquei que nem sempre tais orientações eram seguidas, ou, se o eram, raramente resultavam em mudanças significativas de comportamento. Observei que o processo educativo estava sendo limitado pela noção do assistencialismo que ainda permeia fortemente as ações nos serviços de saúde. O assistencialismo faz, de quem recebe a assistência, um objeto passivo, sem possibilidade de participar do processo de recuperação ou promoção de sua própria saúde.

Avaliando a situação, concluí que a forma como estava sendo conduzido o processo educativo não favorecia uma boa interação entre aquelas pessoas e mim, de modo que me permitisse conhecê-las melhor para compreendê-las com seu mundo de significados.

Senti que precisava de algo mais para realizar ações educativas. Identifiquei a necessidade de explorar mais profundamente o mundo do cliente, suas relações afetivas, suas percepções sobre saúde, doença e vida saudável. Então dei início à consulta de enfermagem no serviço, procurando, assim, aproximar-me mais da

clientela, com o objetivo de verdadeiramente oferecer-lhe uma assistência qualificada.

Naquela ocasião, estava iniciando a docência no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fato que muito contribuiu para a realização do meu trabalho. Estava comprometida com o desenvolvimento da disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto, que previa a realização da consulta de enfermagem no hospital universitário.

Transferi para o ambulatório público minha experiência com a consulta de enfermagem e passei, assim, a perceber resultados mais satisfatórios nas intervenções junto à clientela.

Em certa ocasião, estive diante do caso de um cliente jovem, menos de quarenta anos de idade, com instrução média, que trabalhava catorze horas diárias como supervisor em uma gráfica. Tinha bom salário, o que lhe possibilitava viver com a esposa e duas filhas em casa própria e usufruir de um automóvel. Seu problema de saúde era a hipertensão arterial associada à obesidade. Em várias ocasiões havia sofrido crises hipertensivas, vendo-se obrigado a fazer uso contínuo de medicamentos específicos à doença. Manifestava grande preocupação com o futuro da família, pois seu maior medo era morrer jovem como o pai e, conseqüentemente, deixá-la desassistida.

Durante as consultas realizadas, pude perceber que a principal razão para a sua dificuldade em estabelecer mudanças no estilo de vida, fundamentais para o equilíbrio de sua saúde, era o fato de atribuir um valor muito grande ao seu

trabalho, pois o mesmo lhe permitia "*oferecer tudo de bom para a família*", conforme fazia questão de mencionar. Exatamente aquilo tudo que ele não havia desfrutado devido à falta precoce do pai.

Revelou-me que era respeitado pelos amigos, vizinhos do bairro e colegas de serviço pelo fato de possuir alguns bens. Sentia-se extremamente satisfeito e recompensado, ao encher o carrinho do supermercado com grande quantidade e variedade de alimentos, assim como de outras "*frescuras*", pois isso significava o fim dos "*tempos de fome*", dizia ele, referindo-se às agruras passadas.

Via-me diante de uma situação difícil. Como abordar a questão da obesidade como fator negativo para o tratamento da hipertensão arterial e, conseqüentemente, discutir a necessária mudança de hábito alimentar, se o alimento tinha tal significado para ele? Percebi a necessidade de modificar a estratégia para abordar o problema. Passei a explorar as percepções do cliente quanto ao seu dano, tomando como ponto de partida a análise da sua visão de mundo, buscando compreender e aceitar seus valores culturais. Isso favoreceu minha compreensão a respeito das razões que o tornavam mais ou menos apto ao autocuidado. Procurei, contando com a participação do mesmo, reorganizar seu estilo de vida, respeitando sua individualidade e, acima de tudo, preservando seus referenciais de cultura. Estabelecemos, assim, várias negociações quanto ao fator alimentação, que vieram a apresentar resultados satisfatórios na redução do seu peso e, conseqüentemente, no equilíbrio de sua pressão arterial.

Hoje a vivência desse caso aqui relatado, assim como de outras situações já incorporadas ao meu cotidiano profissional, possibilita-me questionar a maneira como ainda vem sendo desenvolvida a prática educativa em algumas instituições de saúde. É comum encontrarem-se profissionais muito preocupados em realizarem palestras para grupos de pacientes. No entanto, pouca ou nenhuma importância é creditada aos fatores culturais, crenças e valores que norteiam a vida das pessoas e que são determinantes de comportamentos favoráveis ou não à saúde.

O discurso oficial estimula a farta distribuição, junto à população, de material instrucional com orientações sobre cuidados com a saúde. Isso representa uma forma genérica de transmitir conhecimentos técnicos, que não observa a cultura particular de determinados grupos sociais, como também não considera a existência das práticas populares de cuidados de saúde que são largamente utilizadas pela população.

Recentemente, ao desenvolver ações educativas junto a um grupo de trabalhadores, objetivando buscar formas de prevenir as doenças advindas do processo de trabalho e criar alternativas para manutenção e supervisão de sua saúde, deparei-me com situações que exigiram de mim mais do que conhecimento técnico, exigiram que eu compreendesse os significados e interpretações que cada pessoa dava às questões de prevenção de agravos e de manutenção da saúde, a partir de sua visão de mundo, de seu modo particular de relacionar-se com o ambiente de trabalho e de suas crenças, valores e cultura. Percebi que entrar no seu mundo me proporcionou melhores oportunidades de desencadear o

processo educativo e, sobretudo, entender que os mesmos eram capazes de construir o seu próprio saber sobre saúde e doença e sobre como cuidar-se.

Preocupada com o fenômeno interativo que, entendo, deva ser estabelecido em toda relação interpessoal da qual se espera resultados positivos, percebi que a forma como profissionais e clientes estão convivendo nos serviços de saúde não favorece o desencadear de um processo educativo. Venho, ultimamente, refletindo e analisando essa questão, não só como enfermeira assistencial, mas, sobretudo, como docente de enfermagem, preocupada com a formação de novos profissionais.

Entendo que a enfermagem, enquanto profissão que busca a compreensão holística do ser humano, necessita estar orientada para o sistema de valores e, especialmente, para a herança cultural das pessoas, com vistas a permitir a articulação do seu saber profissional com o saber popular, de domínio da clientela.

É fundamental para os profissionais de enfermagem conhecer muito bem o que significa para as pessoas estar ou não estar em bom estado de saúde, assim como o que e como fazem para cuidar-se. Toda ação educativa deve ser precedida da compreensão do contexto em que ela ocorre. À medida que se compreende o significado que as pessoas atribuem à ação, tem-se a possibilidade de aceitar os múltiplos e complexos fatores e crenças que influenciam o comportamento das mesmas, nas diferentes camadas sociais, e que identificam a sua forma de ser, de agir e de pensar o mundo.

Sinto, de maneira contínua e crescente, a necessidade de buscar uma relação mais intrínseca e sistematizada entre educação em saúde, cultura e enfermagem, para contribuir na construção de uma sociedade mais humana, na qual possamos viver, dignamente, nossa possibilidade de sermos pessoas saudáveis, quer sendo portadoras de algum dano, quer não. Importa é que sejamos respeitados.

Acredito que, por si só, este capítulo se constitua na justificativa do presente estudo.

2 TEMÁTICA E OBJETIVO

Este estudo insere a educação em saúde como alvo de discussão. A crítica aqui registrada tem a intenção de mostrar a necessidade de rever-se a maneira como tal processo ainda está sendo desenvolvido junto à população.

Revisando documentos oficiais, temos que a educação em saúde no Brasil tem sido definida pelo Ministério da Saúde como processo de conscientização para a busca responsável de soluções aos problemas de saúde da população. Esse processo deve ser capaz de mobilizar os indivíduos em torno de suas necessidades, anseios e interesses e, sobretudo, desencadear a ação que vai transformar sua realidade, conforme temos em Brasil (1980).

Entretanto, como prática educativa, foi incorporada nos serviços de saúde como um recurso pedagógico que busca instrumentalizar quem sabe cuidar da saúde a reproduzir regras para quem não o sabe, induzindo a crer que a falta de saúde ocorre por ignorância e que o indivíduo educado não adoecerá.

Prática freqüente nos serviços de saúde tem sido a reprodução de conteúdos oficiais, muitas vezes ultrapassados, ignorando os avanços do conhecimento científico e, principalmente, o conhecimento gerado pela própria

população. Na maioria deles, a educação em saúde é realizada por profissionais onipotentes, com formação tecnicista de cunho biomédico, que estão mais preocupados em transmitir para o cliente normas e regras prescritas de como cuidar da saúde do que em estabelecer uma comunicação efetiva que possibilite avaliar e valorizar o conhecimento popular que o mesmo detém sobre saúde, conforme mencionam Rosa (1990) e Vasconcelos (1991). Para ambos, a consciência tecnocrata presente no cotidiano dos profissionais faz com que os clientes sejam vistos como ignorantes ou mentalmente incapazes de se cuidar, deixando de contemplar uma multiplicidade de fatores culturais tais como situação econômica, estrutura familiar, alimentação, higiene pessoal, vestuário, profissões e outros que determinam o nível de saúde de determinado grupo. Via de regra, o processo empregado para avaliar as condições de saúde da clientela utiliza-se de parâmetros externos, conseqüentemente repletos de valores culturais estranhos ao grupo a quem são dirigidas as ações educativas.

Mello e Valla (1987) sugerem que, sob essa ótica de processo, as ações educativas exercem implicitamente funções de invasão e manipulação cultural de determinados grupos sociais. Segundo os autores, na medida em que as práticas educativas inculcam nos indivíduos da classe popular valores produzidos e aceitos pela classe dominante, estarão servindo para camuflar o caráter controlador e domesticador das políticas públicas. Os autores ainda afirmam o seguinte:

Toda educação e toda a saúde são produzidas numa determinada sociedade e em determinadas condições de vida, de trabalho e da forma como é organizada a produção do país e como as riquezas produzidas são repartidas e compartilhadas por todos (p. 23).

Na maioria dos serviços de saúde, a prática educativa tem sido incorporada como atividade complementar aos serviços médicos, desenvolvida pela enfermagem de forma verticalizada e acentuadamente permeada pela transmissão de conhecimentos. Raramente encontramos profissionais preocupados com a construção do saber e com a valorização do saber popular. Porém, mais freqüentemente, deparamos com profissionais que têm dificuldades em adequar sua linguagem ao nível de compreensão da população. Além disso pouca importância tem sido creditada aos fatores culturais que contribuem para construir o microcosmo dos clientes e que têm influência sobre a forma como esses percebem e interpretam os fenômenos saúde e doença e as suas necessidades de cuidados.

O fato de não se considerar, na devida conta, o saber popular da clientela no que diz respeito às questões de saúde e doença, bem como não se avaliar a forte influência que suas crenças, sua tradição cultural e outros múltiplos fatores exercem sobre as formas que a mesma elege para cuidar-se, pode, de certo modo, justificar o fraco impacto que determinadas ações educativas têm logrado junto a alguns programas oficiais de saúde.

Entretanto, o entendimento por parte dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, de que o processo de educação em saúde, ao ser

realizado através de uma abordagem cultural, se constitui numa importante estratégia para a promoção e manutenção da saúde ou, ainda, para a recuperação das deficiências provocadas pela doença, pode significar o caminho que os conduzirá à realização de ações educativas congruentes com a situação contextual da pessoa ou de grupos sociais.

Para a enfermagem, é primordial compreender que o cliente age de acordo com os seus padrões culturais, pois é herdeiro de um longo processo acumulativo de aprendizagem que reflete o conhecimento e as experiências adquiridas pelas gerações que o antecederam.

Segundo Laraia (1996, p. 70), tal aprendizagem significa que

...o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e, mesmo, as posturas corporais são assim produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura.

Compreender esse mecanismo mágico operado pela herança cultural passa a ser um desafio para aqueles que trabalham com a educação em saúde. É fundamental que se tenha presente que a cultura permeia todas as ações desse processo em que o relacionamento interpessoal, sendo parte de uma mesma natureza humana, também reflete tanto diferenças lingüísticas, religiosas e étnicas quanto diferenças no modo de agir, vestir, caminhar ou comer entre outras. Não só compreendê-las, mas aceitá-las e respeitá-las é uma questão de sabedoria.

Assim, a partir das colocações apontadas anteriormente, o presente estudo contempla o seguinte objetivo: conhecer como algumas mulheres desenvolvem práticas de cuidados de saúde, identificando os fatores culturais, as crenças e os valores subjacentes a tais práticas, na perspectiva do processo de educação em saúde.

3 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo realizou-se com um grupo de trabalhadoras de uma grande instituição de saúde, cuja prática laboral acontece em uma lavanderia, serviço administrativamente denominado de Serviço de Processamento de Roupas - SPR. Trata-se de uma organização fortemente influenciada pela máxima da produtividade e do controle, onde as tarefas são realizadas em linha de produção. A área física do SPR permanece a mesma desde a época da criação do hospital, há mais de vinte anos. Há, portanto, uma demanda de trabalho muito maior do que a capacidade instalada do serviço pode comportar, tendo em vista as condições da estrutura física, que atualmente já não atende satisfatoriamente as necessidades do hospital, devido ao rápido crescimento desse.

O SPR consiste num ambiente de trabalho predominantemente feminino, gerenciado e executado quase exclusivamente por mulheres, mantendo-se uma forte relação com o trabalho doméstico, em que o cotidiano é desprovido de surpresas, exigindo força física, mãos habilidosas e muita paciência.

O SPR é chefiado por uma enfermeira desempenhando uma função administrativa e não assistencial, como se poderia esperar, assessorada por três supervisoras de área. Trata-se de uma profissional com larga experiência de trabalho na instituição, na área de assistência de enfermagem aos pacientes internados. Sua grande preocupação com as condições de trabalho e de saúde dos funcionários significou um fator positivo para o desenvolvimento deste trabalho, assim como a sua receptividade.

No serviço existem oitenta e seis funcionários, entre os quais vinte e seis são homens e sessenta mulheres. Desempenham funções de costureira, atendente de lavanderia, técnico de máquinas, operador de máquinas, supervisor ou supervisora e chefe de serviço. Todos realizam uma jornada de oito horas e vinte minutos diárias, em dois turnos. Com exceção da chefia, os demais fazem plantões em fins de semana. Almoçam no refeitório da instituição hospitalar e fazem o lanche no próprio setor, em local próprio, com fogão, utensílios, amplas mesas e bancos, pia e geladeira. O nível de instrução da maioria dos funcionários é de primeiro grau, porém existem aqueles que cursaram ou cursam o segundo grau supletivo, e há uma que é universitária. É necessário registrar que a instituição incentiva o estudo entre os seus funcionários e, no caso do SPR, a chefe do serviço utiliza-se de estratégias que facilitam a situação daqueles que estão estudando. A faixa etária predominante situa-se acima dos quarenta anos de idade e, como já foi mencionado, predomina a presença de mulheres no serviço. A forte presença de negros e mulatos não pode deixar de ser registrada, fato que bem demonstra a cultura de nosso país, onde esses são excluídos do

segmento de mão-de-obra qualificada, só lhes restando procurar trabalho junto a setores menos exigentes.

A maioria dos funcionários do SPR utiliza o corpo de forma inadequada para a realização de atividades, o que provoca dores musculares e queixas freqüentes de comprometimento da coluna, braços e ombros. Todos referem fadiga muscular, alguma ansiedade e estresse emocional. Durante a longa jornada de trabalho, os funcionários permanecem na mesma posição, de pé ou sentados, conforme a área de atividade, em posições incorretas e penosas, além de realizarem movimentos repetitivos, principalmente de membros superiores, em ritmos excessivos, o que pode representar fator desencadeante de doenças ocupacionais, ou acidentes de trabalho.

Em relação ao quantitativo de recursos humanos, o SPR também deixa a desejar. Conseqüentemente, encontram-se funcionários muito queixosos quanto à elevada carga de trabalho que lhes é exigida cumprir dentro da jornada diária, bem quanto às condições em que a mesma se realiza, o que certamente é fator desencadeante de fadiga.

Identifica-se que é grande a freqüência de faltas justificadas por problemas de doenças e de afastamentos maiores decorrentes de licença-saúde e de licenças por acidente de trabalho, o que faz a chefia do serviço se utilizar do sistema de trabalho por horas-extras. Sem dúvida, essa estratégia de trabalho é prevista pela organização, porém a sua freqüente utilização pode gerar disfunções administrativas, como manter velado o fato de que o número de funcionários no

setor é insuficiente. Por outro lado, o trabalhador caminha pelo imaginário de que o aumento registrado nos valores de seu contracheque significa um aumento do seu salário. E isso não é verdadeiro. Pelo contrário, é ilusório. É uma política de compensação monetária pelo desgaste de sua energia física. É uma atividade ilusoriamente rentável, porque logo, logo, o trabalhador encontrar-se-á exausto e pouco, ou nenhum benefício poderá usufruir do ganho extraordinário.

Descreve-se, a seguir, a estrutura física do Serviço de Processamento de Roupas - SPR, procurando relacionar seu funcionamento com os riscos aos quais os trabalhadores estão expostos.

O SPR está situado em um prédio distante cerca de cem metros do hospital. A construção é térrea, de alvenaria, possuindo três grandes portas que dão acesso à área interna do mesmo. As janelas são do tipo bascula, todas na parte superior das paredes. Possui um mezanino onde estão instalados os sanitários, vestiários, sala de lanches, almoxarifado e setor de confecção de roupas. Faz parte do SPR a rouparia que funciona no subsolo do hospital, numa área pequena e com pouca iluminação natural.

Na área destinada à confecção de roupas, encontra-se um ambiente pequeno para o número de máquinas de costura que abriga. Essas, do tipo industrial, estão dispostas em fileiras, o que exige que as costureiras trabalhem de costas umas para as outras. O ruído das mesmas, que é intenso, o ritmo excessivo de trabalho, o longo período que as trabalhadoras permanecem

sentadas em cadeiras não adequadas às suas características físicas representam, repetidos, riscos à saúde.

Na área de marcação de roupas, onde a logomarca da instituição é colocada na roupa nova, a presença de tintas, a pouca ventilação da sala, o acúmulo de peças e a resistência das funcionárias em utilizarem a máscara protetora, também, representam riscos à sua saúde.

Já na lavanderia propriamente dita, existe a área suja. Local pequeno, onde os funcionários estão em contato direto com a roupa usada vinda das unidades do hospital, onde os riscos biológicos estão mais presentes, representados por matérias e fluidos orgânicos. Os riscos mecânicos também estão presentes, uma vez que, freqüentemente, ocorrem acidentes com instrumental cirúrgico, agulhas, lâminas e vidros misturados às peças de roupas. A atividade exige muito esforço físico, pois há levantamento de peso. É exigido de todos os funcionários da área, que são homens, o uso de equipamento de proteção individual, pois, além dos riscos mencionados, esses ainda se encontram expostos aos riscos químicos decorrentes do processo de lavagem nas máquinas.

A área de limpeza é ampla em relação às demais, porém inadequada à produção e é onde se concentra o maior número de funcionárias. O ruído intenso e o calor provocado pelas máquinas secadoras só é amenizado pelo uso de ventiladores e exaustores, que, por sua vez, aumentam o nível de ruído no ambiente. Nesse local, as mulheres são obrigadas a permanecerem de pé e a executarem tarefas que exigem esforço físico, como levantamento de peso, ou que as expõem a queimaduras nos membros superiores, provocadas por prensas e

calandras, equipamentos utilizados para passar as roupas. Movimentos amplos, repetitivos e em ritmo excessivo dos membros superiores também são exigidos.

Nesse cenário, a pesquisadora encontrou as trabalhadoras que concordaram em expor, neste estudo, suas experiências de práticas de cuidados com a saúde.

3.1 Participantes do estudo

Participaram deste estudo um grupo de cinco mulheres, funcionárias do SPR, que desenvolvem atividades na área de limpeza, na função de atendentes de lavanderia. Foram convidadas a participar do mesmo, tendo em vista o fato de trabalharem juntas no setor há muito tempo, serem muito comunicativas e compartilharem vivências fora do ambiente de trabalho.

Por tratar-se de um estudo de campo, descrevem-se, a seguir, as características mais marcantes dessas pessoas, identificadas aqui com o nome de uma flor, conforme acordado com a pesquisadora, objetivando guardar sigilo de seus verdadeiros nomes. Dessa forma, cada mulher escolheu como nome fictício a flor de sua preferência.

Margarida

É uma senhora de cinquenta e seis anos, branca, de origem alemã. Tem aspecto saudável, estatura mediana e excesso de peso. Um largo sorriso está sempre presente no rosto que ainda conserva traços harmônicos, realçado por

lábios discretamente coloridos. O cabelo é curto e crespo, pintado em tom claro. Apresenta-se sempre com o uniforme limpo. Comunica-se com desenvoltura, embora tenha escolaridade primária. A gesticulação das mãos acompanha sua voz clara ao expressar-se. É viúva, mora com o filho de trinta e quatro anos, que é separado da esposa, e com um neto de sete anos. Reside em casa própria, adequada às suas necessidades, que tem um pequeno jardim. Sua rotina é quase só trabalho, pois é quem toma conta do lar, principalmente nos dias de folga na lavanderia . Dedicase também aos cuidados com a mãe, já idosa, que reside com sua irmã. É católica e freqüenta a missa sempre aos domingos, porém, antes de iniciar a jornada diária de trabalho, faz suas orações na capela do hospital. Gosta de passear quando pode, principalmente visitar os parentes. Trabalha na lavanderia do hospital há dezesseis anos. É uma das funcionárias mais antigas no serviço. Já trabalhou na lavanderia de um outro hospital por longos oito anos, na época em que não havia maquinário específico para lavagem de roupas, quando essas eram higienizadas em grandes tanques de concreto.

Cravo

Assim como Margarida, Cravo é funcionária da lavanderia há dezesseis anos. Tem cinquenta e quatro anos, é negra, com aparência bem cuidada. É alta, de corpo forte, masculinizado, mãos femininas, com dedos longos e

unhas coloridas por esmalte vermelho, que, nos intervalos da jornada de trabalho, seguram um cigarro. A fala é mansa e a voz grave, como o olhar.

Muito apegada à família, que ajuda a manter financeiramente, mora com o esposo e tem dois filhos: um homem de trinta e três anos e uma mulher de vinte e oito. Tem três netos pequenos: uma menina e dois meninos. É proprietária de um amplo terreno onde construiu sua casa e a de sua filha, que lá vive com a netinha de sete anos. Ali construiu também seu terreiro de Umbanda. Iniciada na religião desde muito jovem, através das tradições familiares, é líder na sua comunidade umbandista, onde mantém o papel de mãe-de-santo. Conhece a profissão de enfermagem, pois já trabalhou como atendente em um grande hospital. Não gostou da experiência. Prefere trabalhar na lavanderia.

Rosa

É uma senhora branca, de estatura mediana e obesa. Tem quarenta e cinco anos, sendo que há dezesseis trabalha na lavanderia. Aparece ter mais idade devido ao seu aspecto desleixado quanto à postura corporal e higiene dos cabelos e roupas. O rosto é redondo e expressa claramente seus sentimentos. Emociona-se com facilidade. O cabelo é curto e grisalho. Mostra-se inquieta, preocupada com o futuro. Quer morar na praia quando se aposentar. Gosta de planejar o que faz. É muito comunicativa, expressa-se correta e fluentemente, mesmo tendo concluído só o primário. Vive com o

esposo e um neto de nove anos. Tem dois filhos homens, de vinte e sete e vinte e seis anos. Já trabalhou como monitora no presídio feminino, numa outra lavanderia comercial e num supermercado, porém gosta mesmo é de trabalhar na lavanderia. Vive para o trabalho e a família. Manifesta grande preocupação com a mesma, à qual dedica todo seu tempo livre. É responsável por sua manutenção, contando com a pequena e eventual contribuição do companheiro, que não tem uma ocupação fixa. É também responsável pela educação do neto, *“herança de um desatino”* do filho mais velho, segundo suas palavras, a quem procura transmitir valores como honestidade e amor ao trabalho. Acredita em Deus e frequenta o terreiro de Umbanda da colega Cravo na busca de alívio para suas aflições.

Azaléia

É uma mulher moreno-clara, do tipo mestiço, com boa aparência nos seus trinta e oito anos de idade. O rosto, de traços bonitos, é realçado por longos cabelos pretos, compridos e crespos, que são mantidos semipresos. O sorriso largo mostra dentes perfeitos e bem cuidados. Conserva o peso corporal adequado à altura, o que lhe confere uma certa altivez no andar. É casada, vive um bom relacionamento com o esposo. Tem dois filhos homens: um de vinte três anos e outro de vinte. Também tem dois netos pequenos, filhos de seu primogênito, que moram perto de sua casa. Goza de boas relações com as demais mulheres da família: a nora e a namorada do outro filho. Como foi mãe

muito jovem, aos quinze anos, procura ajudar a nora nos cuidados com as crianças. Trabalha na lavanderia há sete anos. Está em busca de um futuro melhor, pois cursa jornalismo em uma faculdade local. É a única funcionária que faz curso superior. É muito responsável com o seu trabalho. Evita faltar ao mesmo e procura executar bem as tarefas para não ouvir reclamações. O trabalho é uma necessidade para ela, pois lhe permite a sobrevivência. Foi educada no catolicismo e mantém a tradição junto à família.

Cravina

É uma senhora de cinquenta e dois anos, negra, magra e de estatura mediana. Alegre e comunicativa, tem um sorriso estampado no rosto discretamente maquiado. Os olhos são vivos, ágeis e atentos a tudo. Conserva uma aparência bem cuidada, com cabelos pretos alisados e presos no alto da cabeça. Gosta de falar sobre sua vida. Viveu desde menina com uma família, na condição de agregada. Mais tarde, com outras, na condição de doméstica. Não mantém contato com as mesmas. Não conheceu o pai, a mãe nem os tios. Foi “dada” pela avó à família que se responsabilizou por sua criação. Hoje vive com o filho de vinte e sete anos, a companheira desse e dois netos pequenos, em sua própria casa. Foi casada por pouco tempo, tendo-se separado quando o filho era ainda criança. Mulher interiorana, da fronteira, trabalhou para manter-se, não constituindo nova relação matrimonial. É muito apegada ao filho e netos, aos quais assiste financeiramente. Trabalha na lavanderia há quinze anos. Faz parte do grupo de antigos funcionários da instituição, já tendo anteriormente exercido

atividades no serviço de higienização da mesma. Gosta do trabalho que realiza. Acredita na Umbanda como forma de expressar sua religiosidade, embora se identifique como católica.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Compreender a temática educação em saúde, contemplando sua contextualização sócio-histórica-cultural, envolve necessariamente a aproximação e integração de diferentes áreas de conhecimento como educação, saúde e cultura.

Independente das diferentes concepções que essas áreas de conhecimento tiveram ao longo dos tempos, verifica-se, atualmente, uma relação de aproximação entre as mesmas, ao se observar que seus processos explicativos contemplam o homem como um sujeito coletivo inserido nos contextos social, ambiental e cultural, nos quais sua dimensão histórica não ocorre isoladamente e sim em grupo.

Ao explorar um pouco a possível relação de aproximação entre os campos de conhecimento mencionados, esta fundamentação contempla três momentos que, embora sejam apresentados separadamente, mantêm sua interface ao longo do capítulo, na pretensão de tornar mais fácil, porém não menos desafiadora, a

aventura daqueles que, como a pesquisadora, trabalham em busca de saúde através de ações educativas.

4. 1 Compreensões teóricas em saúde e doença

Um olhar investigador sobre os fenômenos saúde e doença conduz ao entendimento de que tanto um como o outro têm recebido diferentes significados conforme a época em que são observados. A tendência natural é que os significados mudem com o passar do tempo, nas diferentes culturas, levando-se em conta as mudanças que ocorrem no mundo, a influência de paradigmas na condução do pensamento do homem, tendo em vista as experiências pessoais de cada indivíduo e a forma de inserção deste na sociedade.

Compreender os significados de saúde e doença é um grande desafio que se apresenta aos profissionais de saúde. Requer, entre outras habilidades, a compreensão das correntes de pensamento que permeiam o campo da ciência da saúde, bem como suas repercussões históricas. Requer, ainda, o entendimento que saúde e doença constituem um processo. Essa categorização exprime, de forma mais adequada, o dinamismo e as permanentes modificações que ocorrem nas diversas dimensões vinculadas aos fenômenos em questão.

A saúde, enquanto questão humana e existencial, é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os seres humanos nas mais diversas culturas. Entretanto, é a complexa interação entre os aspectos físicos,

psicológicos, sociais, ambientais e culturais da vida humana que qualificam, de forma diferenciada, a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e agem em relação a ela.

Assim, pode-se dizer que desde o início do mundo, explicado no Gênesis (1, 11-12-29), na Bíblia (1963a), os homens se preocuparam em interpretar a saúde. Naquela época, essa era entendida como conseqüência natural da criação, por parte de Deus, das plantas e das sementes, que produziam os frutos e alimentos que, por sua vez, serviam para proporcionar energia ao homem.

Em Provérbios (3,8), na Bíblia (1963b), a saúde do corpo está relacionada com o temor a Deus e a atitude de manter-se longe do mal. Ouvir a orientação de vida do Pai era fazer a vontade de Deus. A saúde do corpo, prevenindo as enfermidades, estava relacionada a obedecer a vontade de Deus e manter uma conduta correta, observando suas leis. Diante dessa concepção, não é difícil entender-se que a doença significava, para aqueles homens, o contato com o mal como desobediência à vontade divina, emergindo, assim, no curso da história da humanidade, a noção religiosa definidora de saúde e doença.

A ciência da Grécia antiga, segundo Berlinguer (1988), introduziu a idéia da desarmonia de fatores como úmido-seco, quente-frio, amargo-doce. Se um desses fatores assumisse o domínio, a doença passaria a existir; conseqüentemente, a saúde era entendida como o equilíbrio dos fatores.

Segundo Helman (1994), na cultura chinesa, a medicina tradicional também via a saúde como um equilíbrio harmonioso, nesse caso, entre dois princípios

cósmicos contrastantes: o *Yin*, descrito como escuro, úmido, aquoso e feminino, e o *Yang* que é claro, quente, seco e masculino. Os órgãos do corpo, como o coração, os pulmões, o baço, os rins e o fígado, eram predominantemente *Yin* e os intestinos, o estômago e a vesícula biliar eram *Yang*. As doenças resultavam do desequilíbrio de um dos princípios dentro do órgão, sendo tratadas pela acupuntura.

Segundo o mesmo autor, já na longínqua época de Hipócrates, a saúde era tida como a natural consequência do equilíbrio harmonioso entre quatro líquidos ou humores: o sangue, o catarro, a bile amarela e a bile preta, sendo a doença o excesso ou a deficiência de alguns deles. A alimentação e o meio ambiente, assim como as estações do ano, poderiam afetar o equilíbrio. O tratamento para o desequilíbrio, tido como doença, consistia em recuperar a proporção ideal dos humores, suprimindo as deficiências através de dietas ou remédios especiais, ou eliminando os excessos com sangramentos, purgantes, vômitos ou jejum.

De acordo com Laplantine (1989), na medicina de inspiração hipocrática, a doença era considerada funcional. O quadro referencial para a sua compreensão era o entendimento da ruptura de relação entre o normal e o patológico, quando esses eram pensados em torno de harmonia e desarmonia, de equilíbrio e desequilíbrio.

Entretanto, para Moura (1989), a noção hipocrática de saúde baseava-se em suposições e conjeturas que foram demolidas diante do posterior desenvolvimento científico. Comenta que Galeno, grande pioneiro de estudos de fisiologia experimental, definia saúde como o equilíbrio dos princípios da natureza.

Essa definição muito contribuiu para que a saúde fosse conceituada a partir da doença, cuja especificidade emergia de conhecimentos científicos de fisiologia; essa a partir da análise comparativa de órgãos íntegros e defeituosos de animais dissecados, fez com que predominasse o estudo de patologias em detrimento da investigação sobre a higidez.

De acordo com o autor, em pleno século XIX, a tendência era acreditar que as patologias tinham agentes etiológicos específicos, o que reforçou o interesse pelo conhecimento da doença, atrasando a descoberta das condições e características positivas de saúde, advindo disso a tendência a definir negativamente a saúde como ausência de doença, pois os médicos conheciam melhor os sintomas e a natureza das patologias do que os indicadores e atributos da sanidade física e mental. Coloca que, com a instauração do capitalismo industrial, a teoria unicausal da doença foi fortalecida. Os agentes etiológicos específicos nesse momento eram unicamente os micróbios, negando-se os determinantes econômicos, sociais e políticos. A unicausalidade fica posta de forma elementar: para cada doença existe um agente etiológico. Desse modo a classe dominante escondia os conflitos sociais desencadeados pelo sistema de exploração capitalista.

Essa teoria, no entanto, aos poucos foi sendo questionada, pois era inconsistente para responder às questões sociais que interferiam nos problemas de saúde. Conforme Capra (1982, p. 130),

... a grande maioria dos reformadores de saúde pública do século XIX não acreditava na teoria microbiana da doença. Mas supunha que a má saúde tinha origem na pobreza, na desnutrição, e na sujeira, e organizaram vigorosas campanhas de saúde pública para combater esta situação. Isso levou à melhoria das condições de higiene pessoal e da nutrição, e a introdução de novas medidas sanitárias - purificação da água, eficiente rede de esgotos, fornecimento de leite pasteurizado e melhor higiene dos alimentos - todas elas extremamente eficazes no controle de doenças infecciosas.

O pensamento dominante no campo da saúde era o positivismo, uma das principais orientações que atualmente ainda mantém o domínio intelectual nas questões da saúde em nossa sociedade, conforme se depreende do estudo de Garcia (1983) sobre as correntes de pensamento nesse campo. A posição positivista corresponde a uma visão da ciência totalizadora, empirista, livre de valores, segundo o autor, identificando um período em que, na saúde, floresce a medicalização da sociedade, ou seja, a prática médica define um maior número de enfermidades sobre as quais exerce atuação. Para o autor uma das variantes do pensamento positivista é o funcionalismo, que considera a doença como sendo motivada por desequilíbrios do próprio indivíduo, esse visto de forma isolada, como sistema biológico.

Entre os funcionalistas, Talcott Parsons foi o cientista que mais se destacou quanto à explicação da doença, ao defini-la como "*um estado de perturbação normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social*" (Parsons apud Garcia, 1983, p. 106).

Dessa forma, a concepção de doença fica reduzida à noção de "desvio", colocando-se num âmbito exclusivo do paciente e do médico, reafirmando uma negação dos conflitos existentes na sociedade, conforme Garcia (1983).

Parsons, apud Berlinguer (1988), definia saúde como *"a condição de capacidade ótima de um indivíduo, para realizar com eficiência as atribuições e tarefas para as quais foi socializado"* (p. 29).

De acordo com Garcia (1983), o funcionalismo, ao considerar a doença como motivada, orienta a prática médica para o controle de desvios individuais, biológicos ou psicológicos, estabelecendo, assim, um determinismo de que curar e prevenir doenças impossibilita compreender outras determinações ou instâncias sociais do fenômeno.

Assim, passando pela revolução industrial do início deste século, quando as cidades começaram a crescer de forma desordenada, favorecendo a instalação de condições higiênicas inapropriadas para uma boa condição de vida para as populações, tem-se o reforço da teoria unicausal da doença, quando essa é tida como a manifestação específica de um determinado agente etiológico. Entretanto, tal compreensão não respondia às questões relativas à relação do homem com o seu ambiente e o agente patogênico, a qual, para pesquisadores como Leavell e Clark (1976), era a responsável pelo desequilíbrio das condições de saúde da população. A alteração de um desses elementos promovia a ruptura do equilíbrio de todo o sistema, determinando o aparecimento da doença. Esse modelo, embora tenha sido um avanço na forma de se conceber saúde e doença, é

limitado, uma vez que desconsidera o sistema social como um todo, como um forte determinante das condições de vida da coletividade.

De acordo com Moura (1989), uma mudança radical na compreensão de saúde aconteceu na década de quarenta, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu, oficialmente, que *"a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças"* (p. 43).

Entretanto, segundo o autor, esse conceito tem sido freqüentemente contestado por cientistas internacionais e nacionais, pois, para alguns deles, tal conceituação tem implicações que transcendem conceitos biológicos e traz uma concepção estática do fenômeno, já que a noção de saúde se encerraria na idéia de completo bem-estar.

Assim, por exemplo, o médico sanitário brasileiro Brito Bastos, citado por Moura (1989), comenta que, embora a conceituação da OMS seja universalmente aceita, é preciso reconhecer que é utópica e deve ser vista com um grau considerável de reserva.

Rene Dubos, professor na Universidade Rockefeller de Nova Iorque, também citado por Moura (1989), ao posicionar-se contra a conceituação da OMS, afirma que a saúde do povo é determinada por suas condições de vida, condicionando-a a fatores relacionados com o ambiente físico e social em que vivem os indivíduos. Destaca, assim, a dimensão social da saúde, através da avaliação de fatores como nutrição, moradia, higiene da água e dos esgotos, educação, acesso ao lazer, à informação e cultura, à remuneração e condições

satisfatórias no trabalho, poder aquisitivo conveniente e serviços de saúde disponíveis, entre outros. Essa visão mais ampla contempla o indivíduo em constante troca com o ambiente físico e social, influenciando-o e sendo influenciado por ele.

Segundo Garcia (1983), ao contrário do positivismo, é o materialismo histórico que orienta a nova concepção de saúde, ao focalizar como objeto de estudo a sociedade e as leis gerais de seu desenvolvimento, fundamentando-se na tese da produção material como a base sobre a qual se estabelece o modo de viver dos homens. Para os materialistas, o mundo existe objetivamente, ele é uma realidade objetiva e, portanto, o pensamento, a consciência, a idéia nada mais são do que reflexos dessa realidade material produzidos no cérebro do homem.

De acordo com Nunes (1985), é a partir da década de setenta que cresce, na América Latina, a produção de estudos fundamentados no materialismo que tratam de explicar o processo saúde e doença. Para o autor, tais análises partem de uma crítica aos equívocos positivistas que podem ser resumidos nos seguintes tópicos: o avanço científico e tecnológico da medicina não tem correspondido à melhoria de saúde do conjunto da população; a distribuição dos serviços apresenta-se inversamente proporcional às necessidades da população; a prática e o saber médicos integram a dinâmica das organizações sócio-econômicas e é no interior delas que podem ser explicadas como fenômenos histórico-específicos, porém relacionados com o processo social global.

Assim, reflexões sobre saúde e doença passam a ser dirigidas, também, para as ciências políticas e para outras áreas das ciências sociais como educação, nutrição e serviço social.

Segundo Nunes (1985), a deterioração das condições de vida da população determinou o questionamento e a exigência de respostas mais amplas que aquelas dadas pela definição apenas biológica da doença. Nesse sentido, autores como Donnangelo e Pereira (1976) e Laurell (1983) dirigem o enfoque de seus estudos e críticas, acrescentando que saúde é um tema de grande interesse político para os governos instituídos, pois é crescente a conscientização de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania de um povo.

Segundo essa linha de abordagem, surgiu no Brasil, nas últimas décadas, o chamado "Movimento Sanitário", o qual possibilitou amplas discussões e avanços nas questões conceituais sobre saúde. Em nível mundial, em 1978, aconteceu em Alma-Ata a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, estabelecendo a meta de saúde para todos no ano 2.000. Essa conferência veio, portanto, influenciar as diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira que teve sua culminância na 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, legitimada na Constituição de 1988.

Nos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, está registrado também o seguinte conceito de saúde:

...resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1987, p. 4).

Deriva do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira o atual Sistema Único de Saúde - SUS, que pressupõe a existência de uma rede regionalizada e hierarquizada, em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. As diretrizes do SUS englobam a universalidade do atendimento e a plena garantia de acesso aos serviços de saúde a toda a população.

De acordo com Garcia (1983), a partir do final da década de setenta começa a delinear-se, dentro do movimento radical pela saúde, uma corrente fenomenológica. Os fenomenólogos atacavam o caráter objetivo da ciência de forma diferente da dos marxistas, que o reduziam a uma experiência subjetiva e arbitrária dos grupos dominantes. Os seguidores da orientação fenomenológica identificam-se com grupos minoritários, criticando o estado e as instituições médicas. Consideram que a cura está baseada em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados e que são exatamente estes, os fatores não observados pela medicina moderna que, ao se tornar mais científica, se afasta da experiência da vida cotidiana.

Minayo (1993) argumenta, citando Schultz, que esse cientista traz, para o campo de preocupações da fenomenologia social, o mundo da vida cotidiana, no qual o homem se situa com suas angústias e preocupações, em intersubjetividade com seus semelhantes. Segundo a autora, os pequenos grupos como a família, as

entidades religiosas e as associações voluntárias são os responsáveis pela identidade dos indivíduos, por sua estabilidade e por seu sistema de significados, na medida em que os integram em uma comunidade com uma visão de mundo compartilhada.

De acordo com Capra (1982), a abordagem holística da saúde deve ser compatível com a nova física e com a concepção sistêmica dos organismos vivos. As noções de saúde e doença são fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que elas ocorrem. Assim, as múltiplas dimensões da saúde afetam-se mutuamente, do ponto de vista sistêmico, considerando a interdependência do homem com os sistemas sociais e ecológicos nos quais está inserido.

A partir dessas mesmas idéias, segundo Minayo (1993), a concepção da saúde e da doença vem-se desenvolvendo numa abordagem holística: a saúde tem que ser pensada como um bem-estar integral que se traduz no físico, no mental, no social e espiritual; os indivíduos devem assumir sua responsabilidade inalienável frente às questões de sua saúde; as práticas de medicina holística devem ajudar as pessoas a desenvolverem atitudes, disposições, hábitos e práticas que promovam seu bem-estar integral; os sistemas de cuidados de saúde devem ser transformados com a finalidade de serem orientados para o tratamento das causas comportamentais, sociais e ambientais da doença; as pessoas devem se voltar para a harmonia com a natureza, utilizando práticas e meios naturais de tratamento.

Garcia (1983) acrescenta, ainda, que, entre as várias formas de promover cuidados de saúde, a orientação holística estabelece a relação da religião com a medicina, tendo em vista que essa associação é considerada normal para os seres humanos, uma vez que, quando as pessoas estão doentes, os religiosos estão presentes. A religião ajudaria na discussão de problemas como o aborto, a morte e a distribuição de recursos limitados entre necessidades diferentes.

Dessa forma, após a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil, em 1996, ainda se visualizam muitos obstáculos a interferirem na efetiva implementação do SUS, ao mesmo tempo que a sociedade busca um modelo assistencial de saúde que considere o ser humano individual e coletivamente, em todo seu contexto de vida, compreendido pela família, religião, trabalho e formas de acessar os recursos da comunidade, entre outros fatores.

Percebe-se, com esta breve exposição, que houve uma evolução em relação ao conceito de saúde através dos tempos. Entretanto, nota-se também que, no Brasil, a saúde da população vem acompanhando essa trajetória de forma muito lenta. As práticas profissionais continuam centradas no modelo biológico e hospitalocêntrico, assim como a formação dos profissionais ainda deixa muito a desejar quanto a uma visão holística do homem e à compreensão de que saúde é também uma experiência subjetiva, algo que pode ser conhecido intuitivamente e nem sempre pode ser descrito ou quantificado.

4.2 Interface entre educação e saúde

A discussão dos campos de conhecimento educação e saúde passa, necessariamente, pela compreensão de sua inter-relação dentro de uma mesma perspectiva teórico-metodológica e de uma abordagem de sua evolução histórica.

Do ponto de vista histórico a interlocução da educação e da saúde, enquanto práticas sociais, reguladoras e normalizadoras da vida coletiva, inicia-se com o advento da higiene.

Segundo Costa (1981), a higiene social, ou simplesmente higiene, surge na Europa como conseqüência da degradação das condições de vida nas grandes cidades no período pós-industrialização. Da idéia superficial de combater a ignorância e tabus populares sobre a saúde, a higiene parte para o esforço de moralização e domesticação das classes subalternas. Esse movimento é reforçado com o advento da era pasteuriana ou microbiológica, na qual a causalidade tem seu foco deslocado, quase exclusivamente, para as causas biológicas das doenças, afastando ou colocando em plano secundário seus determinantes sociais e psicológicos. A conseqüência é uma tendência à higienização da vida social e privada, sendo que o higienismo, como foi denominado, torna-se predominante no Brasil nos anos vinte, coincidindo com a urbanização e imigração acentuadas.

O autor acrescenta, que a preocupação estatal na área da saúde centrava-se na organização e controle da população pertencente às classes menos favorecidas. Essas viviam em condições subumanas de habitação, em grandes

aglomerados, onde dividiam seu espaço com muitos outros. Acreditava-se que o acúmulo de gente em moradias com péssimas condições de habitação causava perigo sanitário, na medida em que o ar ficava contaminado por cheiros e se proliferava causando doenças.

Costa (1981) verifica as proporções do controle social estatal nas propostas do higienismo. As mesmas compreendiam o domínio dos problemas de saúde que atingiam o indivíduo, bem como dos fatores ambientais, usos da habitação e do espaço urbano, da higiene escolar, do trabalho e da puericultura, num projeto que englobasse ciência, educação, propaganda e legislação, além de bases francamente moralistas. A higiene escolar adquire particular importância nesta conjuntura de disciplinas. Portanto, segundo o autor, saúde podia ser ensinada de maneira a formar hábitos sadios e bons costumes.

Segundo Mello (1981), a experiência de educar a partir de centros de saúde advém da influência norte-americana, na qual propostas semelhantes buscavam combater a pobreza e a miséria em populações de imigrantes nas grandes cidades. Além do tratamento específico das doenças para as quais existia tratamento, recomendava-se a prevenção para as demais patologias. E a prevenção passou a exigir a educação. O termo utilizado nesse momento foi educação sanitária. Para o autor, os centros de saúde *“... teriam que cumprir a função de uma espécie de escola - centro irradiador de medidas preventivas e educativas para a saúde”* (p. 33).

A âncora teórica da tendência do campo da educação na saúde é denominada movimento da Escola Nova, segundo Mello (1981). A escola era vista como o local para preparar cidadãos aptos para a vida e o exercício da democracia. Pensava-se, assim, em uma educação para a vida, com a preparação para a cidadania e o trabalho, e uma educação para a saúde, com a manutenção do corpo sadio para a produção.

De acordo com Mello (1981), nas décadas de trinta e quarenta, sob a influência do fascismo e do Estado Novo, a higiene confunde-se com a eugenia, movimento de bases racistas, com fundamentos de melhoria e homogeneização racial. Tal corrente previa a eliminação de quaisquer fatores que pudessem perturbar o equilíbrio e a normalidade social.

Ainda segundo o autor, a partir dos anos quarenta, particularmente no período pós-guerra, a educação sanitária adquire um caráter mais técnico e científico do que a higiene. Aliada ao desenvolvimento do movimento escolanovista para a universalização do ensino, assume a proposta da universalização dos serviços preventivos. Esse modelo esteve integrado à política oficial e desenvolveu-se conjuntamente aos fenômenos de interiorização do desenvolvimento econômico, de mecanização da agricultura e urbanização crescente. A educação sanitária tem como campo de atuação o meio da saúde pública, nos centros urbanos, através dos centros de saúde, e, no meio rural, através de campanhas de saúde pública contra grandes endemias. No ensino criam-se programas de saúde ministrados por professores primários,

treinados em instituições de saúde pública como educadores sanitários. As práticas educativo-sanitárias estavam articuladas na busca da integração do homem à sociedade em modernização.

Conforme temos em Mello (1981) a compreensão das doenças aceita comumente é a da multicausalidade na sua determinação, ou seja, os fatores sociais, culturais e econômicos são incorporados à concepção de saúde-doença. Essa concepção utiliza tais fatores como barreiras para impor medidas de modificação de hábitos de higiene, alimentação e, mais tarde, de planejamento familiar.

Segundo Canesqui(1986), sob os moldes de treinamento das escolas norte-americanas de saúde pública, é recriada em 1942 a Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública). Essa vem introduzir no campo da educação em saúde, no Brasil, novas técnicas didáticas, com prioridade para o uso de recursos audiovisuais, informativos e de comunicação. O principal objetivo desses é a remoção de crenças e tabus sobre nutrição e cuidados de puericultura, de forma a racionalizar hábitos de saúde. Outro aspecto importante é a introdução da ideologia do desenvolvimento e organização comunitária e educação em grupos.

A Fundação SESP

educava grupos e comunidades, concebendo estas últimas como agregados ecogeográficos, cujos componentes deveriam promover ações cooperativas com os agentes de saúde, participando das ações de saúde através de sua mobilização e responsabilidade para com os serviços de saúde (p. 318).

De acordo com Canesqui (1986), a partir dos anos sessenta, as propostas não oficiais que visam a integração de camadas excluídas ou marginalizadas no

processo social defendem a educação comunitária na área da saúde. Essas camadas aviltadas economicamente teriam a capacidade de pressionar o poder dominante para elevar os níveis de bem-estar social.

As propostas de ensino do educador de saúde incorporam a educação em saúde como mudança sócio-cultural e comportamental, de cunho sanitário e assistencial e não moralista, conforme a higiene. A compreensão de saúde e doença é vista como questão individual e normativa, o que impede o esclarecimento sobre as origens das más condições de saúde e vida das camadas marginalizadas. Da mesma forma, a educação em saúde analisava as condutas dos indivíduos e grupos sociais, confrontando-as com os diferentes momentos da chamada história natural da doença e determinando atitudes preventivas para cada nível dessa (Leavell e Clark , 1976).

O modelo preventivo de atuação em saúde pública estabelece uma postura crítica em relação à prática médica e à saúde pública que irá desembocar numa nova proposta de atenção à saúde e de educação em saúde, a proposta da saúde comunitária, ou também chamada medicina de família ou integral.

A saúde comunitária surge como parte de uma ampla política de assistência social, implantada nos Estados Unidos no final dos anos cinquenta, para apaziguar conflitos sociais nos guetos de grandes cidades. Sob os auspícios das fundações Kellog's e Rockefeller, é implantada em zonas rurais e periferias urbanas da América Latina, com objetivos semelhantes. Além de ampliar o acesso á assistência e aos programas de saúde, utilizando-se para isso das equipes multidisciplinares de saúde, o principal elemento desse modelo é o discurso da

participação comunitária. Essa participação é colocada nos moldes de aceitação e cooptação por parte da população e, às vezes, omissão do estado na construção do direito de cidadania no acesso à saúde.

A seguir, é adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a estratégia da Atenção Primária em Saúde como alternativa mundial para obtenção da saúde para todo o mundo. Baseada em princípios de acessibilidade, resolubilidade, participação comunitária e treinamento de recursos humanos para a comunidade, a atenção primária colocou-se como estratégia de saúde, com especial ênfase educativa e social.

Num país como o Brasil, marcado pela concentração monopolista da renda, com exclusão de amplos setores do produto da renda nacional, não tardaram as críticas a esse modelo. No campo da saúde, vários autores questionaram o caráter acomodador de tensões sociais da saúde comunitária, como por exemplo Donangelo e Pereira (1976). No campo educativo, o questionamento decorre da limitação das “*pedagogias comportamentais e episódicas*”, de acordo com o pensamento de Canesqui (1986, p. 323), sendo proposta uma revisão da relação instituição-clientela, de acordo com a pedagogia de Freire (1993). Segundo Mello (1981), a educação em saúde precisa recuperar a dimensão de educação popular e

estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais... como práticas sociais articuladas com as necessidades e possibilidades das classes populares na formulação de políticas sociais e das formas de organização social que lhes interessam (p. 40).

As contradições do modelo econômico brasileiro e suas conseqüências na saúde têm levado a uma pulverização das ações nesse setor. A aprovação por parte da Assembléia Constituinte de 1988 da criação de um Sistema Único de Saúde ainda não garantiu o acesso universal, gratuito e integral à saúde para todos os brasileiros.

Da mesma forma, no âmbito da educação em saúde, convivem diferentes modelos e propostas de intervenção, de cunho institucional e não institucional, com diferentes facetas ideológicas e metodológicas que tornam difícil, quando não impossível, uma abordagem totalizadora do tema.

Entretanto, a busca de uma sistematização dos conhecimentos sobre educação em saúde deve considerar quais formas e modalidades de educação são mais adequadas a esta proposta de atuação social centrada na realização de ações educativas.

Segundo Mello (1981, p. 29), a educação e a saúde são práticas sociais que podem ser articuladas, mas *“a saúde é uma prática social atravessada pela educação”*, enquanto que a educação *“permeia todas as práticas sociais durante a vida dos indivíduos”*, sendo, assim, difusa.

Concretamente, ambas têm sua interface na organização da vida cotidiana das pessoas. Atuam tanto no campo individual, da história do corpo e da subjetividade pessoal, como no campo coletivo, das relações sociais e de produção. Podem configurar-se tanto em nível formal, como programas de educação escolar ou empresariais, como em nível informal, nos grupos

comunitários, sindicais, ou mais específicos, como de mulheres, adolescentes e idosos.

Ao definir educação, Pinto (1991) acentua seu caráter histórico-antropológico. Segundo esse autor, a educação possui um caráter processual, já que a formação do homem é um fenômeno histórico. Além disso, educação é caracterizada como um fato existencial, social e cultural. Está fundamentada na vida econômica da sociedade e constitui-se, sem dúvida, em um trabalho social.

Partindo dessas características, a compreensão de uma educação que possua possibilidades de interagir com outros conhecimentos, pelo seu caráter social, concretude e visão de totalidade, é definida como de natureza crítica. Nessa, segundo Pinto (1991), o educando é colocado como sujeito e nunca como objeto e como sabedor e desconhecedor, ou seja, sua instrução começa a partir de sua base cultural em direção ao descobrimento do mundo. Além disso, na concepção crítica, a educação é vista como provedora de uma nova relação entre conhecimento e desenvolvimento social.

Ao partir do estilo de vida dos grupos, podendo ser criada e recriada de forma dinâmica, contraditória e questionadora, essa concepção de educação aproxima-se da conceituação de Brandão (1985), na qual a mesma é vista como

... uma prática social (como a saúde pública, a comunicação social, o serviço militar) cujo fim é o desenvolvimento do que na pessoa humana pode ser aprendido entre os tipos de saber existentes em uma cultura, para a formação de tipos de sujeitos, de acordo com as necessidades e exigências de uma sociedade em um momento da história de seu próprio desenvolvimento (p. 73).

Na proposta de Gutierrez (1988), a educação deve dispor de características participativas, socialmente produtivas e libertadoras, tendo como meta “... a preparação e a capacitação política dos cidadãos da nova sociedade. Recriar homens novos, críticos, inconformados e criativos é preparar as condições que tornarão possíveis novas estruturas sociais” (p. 49).

Suchodoisky (1979) antevê como modelo de educação para o homem do futuro

“... uma educação capaz de fazer com que o homem estabeleça uma relação espiritual com as formas modernas de vida, que saiba servir-se dos modernos instrumentos de trabalho, consciente e responsável, e que seja capaz de participar ativa e modernamente em todas as esferas da vida social” (p. 156).

Ao seu ver, a educação atual, no melhor dos casos, serve para inserção de regras de moralidade e patriotismo, como distinção de grupos sociais, adaptação de situações esquemáticas e estabilizadoras e a formação da personalidade individual. Dessa maneira, a educação não acompanha a vida dos homens, não garantindo a elasticidade do pensamento, necessária à rapidez do desenvolvimento histórico.

Freire (1993), ao refletir sobre a educação e o processo social, assinala a formação da consciência crítica como sua fundamental tarefa. As características dessa consciência são a inquietude, a atitude indagadora, responsável, profunda e, principalmente, dialógica.

Segundo Westphal e Pelicione (1991), dentro do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, a concepção de educação se baseia no princípio de que a sociedade se organiza e se divide em torno de um conflito central entre duas classes fundamentais: a dos dominantes e a dos dominados. Para os autores “... a ação educativa conscientizadora objetiva que o direito à saúde dos oprimidos seja respeitado, e que seja organizado um sistema de saúde a favor da população” (p. 70).

Nesse sentido, Valla e colaboradores (1993) desenvolvem um trabalho na região periférica do Rio de Janeiro. Através do Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania da Escola Nacional de Saúde Pública, surgiu um projeto de denominação semelhante, com objetivos de apreender a realidade da população, particularmente a da saúde, suas representações e seus conflitos com o Estado por serviços públicos. O projeto, dessa maneira,

pretendia fornecer subsídios às camadas organizadas na sua luta pelos serviços de consumo coletivo, e aos planejadores dos serviços de saúde, a fim de que pudessem pensar ações de saúde adequadas às necessidades da população (p.23).

Nas oficinas de trabalho (educação, saúde e participação popular) realizadas, o autor observou a grande demanda da população por informações, o que também acontece com os profissionais de diferentes áreas que trabalham no projeto. A questão da participação popular no controle dos serviços de saúde está ligada, então, ao acesso à informação e possibilidade da construção interdisciplinar do conhecimento. Essas oficinas vêm a “se constituir num espaço de capacitação mútua e simultânea de profissionais e população” (p.24).

A proposta de Valla e colaboradores (1993) avança a discussão da educação em saúde sob uma perspectiva de natureza crítica, no momento em que recomenda a socialização do conhecimento através do acesso à informação e à participação da população no processo de planejar ações de saúde adequadas às suas necessidades, tendo em vista o respeito a sua cultura.

Segundo Silva e Bordin (1990, p. 42), a educação em saúde constitui “... *uma das áreas fundamentais de atuação em cuidados primários de saúde*”. Ambos acrescentam, ainda, que o processo de educação em saúde

...pressupõe que o profissional de saúde relativize seu conhecimento na busca de uma melhor compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade em que se inserem, pois é da mútua aproximação deste conhecimento que se torna possível uma intervenção consciente e eficaz nesta realidade... (p. 42).

Essa perspectiva é congruente com o ideário do Sistema Único de Saúde. Porém, para sua concretização, faz-se necessária a contribuição de profissionais educadores capacitados a desenvolverem um processo educativo eminentemente crítico e culturalmente contextualizado.

No entanto, a despeito de estarmos diante de uma abordagem ampla quanto ao processo saúde-doença, em que vários fatores lhe determinam um caráter social e cultural, ainda subsistem ações educativas de cunho reprodutivista, fundamentadas no conhecimento legitimado e na utilização de recursos tecnológicos sofisticados, que diferem das condições sociais, culturais e econômicas da clientela a quem são dirigidas.

A simples transferência de conhecimentos não é suficiente para obter-se cooperação da clientela na melhoria de suas condições de saúde, nem favorece o seu crescimento, visto que a educação é um processo dinâmico que acontece no encontro de indivíduos. É na construção orgânica do conhecimento que se originam os subsídios para a transformação da realidade.

Se para o Ministério da Saúde a educação em saúde é um processo de conscientização da população para a busca de soluções dos problemas de sua realidade, a criação de tais soluções passa, obrigatoriamente, pela participação efetiva da população nas instâncias decisórias e pela criação de condições pelo Estado. Dessa forma, assegura-se a responsabilidade dos indivíduos nas mudanças necessárias, tanto no cenário da saúde como no social, econômico e político de sua realidade. É através da educação em saúde que a população pode tornar-se consciente de si mesma e de sua relação com o mundo, rompendo com a visão mágica do assistencialismo que ainda permeia as ações na maioria dos serviços de saúde (Brasil, 1980).

Entende-se que propostas educativas devem estar sempre presentes em todas as ações nos serviços de saúde, realizando-se em bases coletivas, oportunizando a reflexão do conjunto dos profissionais comprometidos com a transformação social. A prática educativa necessita de um tratamento sistemático, metodológico e crítico, além de acompanhamento contínuo do desenvolvimento das ações de saúde, o que exige uma reflexão permanente do processo.

A educação popular e de adultos, no Brasil, é de particular interesse para o processo de educação em saúde, tendo suas abordagens teóricas e

metodológicas sido muito utilizadas nos últimos anos nas instituições estatais de saúde, conforme lemos em Vasconcelos (1991). O autor condena a educação que busca levar até a população a compreensão e soluções de profissionais cientificados e politicamente conscientes. Ressalta o valor do saber popular, elaborado com ricas estratégias de sobrevivência e capacidade de explicar a sua realidade, lembrando que o conhecimento científico se apresenta muitas vezes permeado de interesses e preconceitos da elite dominante. Entende, assim, *“educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender”* (p. 20).

A educação de adultos deve considerar o educando como um ser pensante, e membro atuante da sociedade como cidadão e trabalhador. Segundo Pinto (1991), *“a educação de adultos visa a atuar sobre as massas para que estas, pela elevação de seu padrão de cultura, produzam representantes mais capacitados para influir socialmente”* (p. 83).

Concorda-se com os autores anteriormente citados, pois se acredita que a educação e a saúde podem associar-se em bases culturais e comportamentais, podendo chegar a um processo integrativo que favoreça o desenvolvimento da pessoa numa dada sociedade, através da prática de ações educativas. Essas podem ser tidas como um mecanismo de integração entre o saber científico e o popular, com o objetivo de socialização do primeiro e de reconhecimento social do segundo. Assim, para entender-se o seu papel nesse mecanismo, é necessário conceber educação e saúde dentro de uma mesma perspectiva teórico-

metodológica e considerar formas de atuação mais adequadas para a realização desse processo de integração de saberes.

Diante do exposto, acredita-se que a construção de ações educativas dirigidas a pessoas adultas necessita pautar-se por um referencial educativo humanístico, que contemple o homem como co-responsável por essa construção. O respeito, a aceitação e valorização do conhecimento que esse traz consigo são fundamentais para que se obtenha a integração do saber popular e do profissional. A observação de sua forma de se relacionar no mundo, de sua cultura particular traduzida por suas crenças e valores, seu jeito de ser, podem contribuir para o desenvolvimento do processo de educação em saúde.

4.3 Interface entre enfermagem e cultura

As culturas, de uma forma geral, determinam seu modo peculiar de comportamento em relação à questão da saúde e da doença que é conhecido pelos integrantes da própria cultura. Tal conhecimento se origina em crenças e heranças culturais, bem como na estrutura social de uma dada sociedade.

Segundo Helman (1994) os antropólogos têm apresentado várias definições para o termo cultura. Comenta que a mais famosa definição pertence a Edward Tylor, que, em 1871, considerou a cultura como sendo todo o comportamento aprendido pelo homem, independente de uma transmissão genética. Compreende *"um complexo formado por conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábito adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade"* (Tylor apud Helman, 1994, p. 22).

De acordo com Laraia (1996), com essa definição, Tylor abrangia em uma só palavra todas as possibilidades de realização humana, além de marcar fortemente o caráter de aprendizado da cultura em oposição à idéia de aquisição inata, transmitida por um mecanismo biológico, até então aceita como verdadeira.

Segundo o autor, modernamente, é Roger Keesing, antropólogo, quem melhor conceitua a cultura, ao considerá-la como um sistema adaptativo. Assim, culturas

são sistemas (de padrões de comportamento socialmente transmitidos) que servem para adaptar as comunidades humanas aos seus embasamentos biológicos. Esse modo de vida das comunidades inclui tecnologias e modos de organização econômica, padrões de estabelecimento, de agrupamento social e organização política, crenças e práticas religiosas, e assim por diante (Keesing, apud Laraia, 1996, p. 61).

Para Helman (1994), cultura *"é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular"* (p. 23). Tais princípios são capazes de orientar as pessoas a verem, se relacionarem e vivenciarem emocionalmente o mundo. São capazes, também, de lhes fornecer a forma de transmitir conhecimentos para as gerações seguintes.

Na área da saúde, o autor ressalta a importância de se observarem os aspectos sócio-culturais do comportamento humano e, especialmente, as formas com que tais aspectos têm interagido no curso da história, influenciando a saúde e a doença, pois que, em todas as sociedades, as crenças e práticas relacionadas a problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura, sendo transmitidas através do uso de símbolos, linguagens e rituais. Na opinião do autor, é importante ressaltar também que, na prática, todas as sociedades possuem mais de uma cultura dentro de seus limites. A maioria delas possui alguma forma de estratificação social em classes, castas ou posições sociais que se caracterizam por atributos culturais distintos e próprios: linguagem, comportamentos, modo de vestir, padrões alimentares e habitacionais, entre outros.

Helman (1994) destaca ainda que, dentro de uma mesma sociedade, pode-se observar a subdivisão da cultura nas várias subculturas profissionais

existentes, constituídas por exemplo, de grupos de médicos, enfermeiros, militares, professores, profissionais da lei e outros. Como subcultura, embora oriundos de uma cultura maior com a qual compartilham muitos de seus valores e conceitos, tais profissionais formam grupos à parte, com seus próprios conceitos, regras e organização social, possuindo características únicas.

Assim, esses profissionais, especialmente os da área da saúde, sofrem uma espécie de endoculturação, ao adquirirem, gradualmente, a cultura da carreira escolhida, fazendo-os adotar uma perspectiva de vida diferente daquela observada por quem está fora desse contexto profissional. Isso pode refletir muitos preconceitos da sociedade maior e interferir na atenção que oferecem à saúde do cliente.

Dessa forma, sendo a enfermagem uma profissão da área da saúde cuja prática é essencialmente cultural, haja vista que se envolve no contexto de pessoas com as mais diferentes orientações culturais e estilos de vida específicos, é decisivo para seus profissionais a compreensão do papel da cultura no processo saúde e doença; ou seja, essa deve, sempre, ser vista em seu contexto particular. Contexto que se compõe de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos, num certo período de tempo, num dado grupo de pessoas. Contexto que não pode ser considerado homogêneo, que possibilite generalizações no que se refere a explicações sobre crenças ou comportamentos relacionados, principalmente, com os cuidados de saúde, pois esses podem expressar um conjunto de hábitos, valores e padrões culturalmente próprios de um grupo de pessoas.

Assim, os profissionais de enfermagem demonstram que têm interesse em realizar uma prática contextualmente adequada, sem deixar de ser científica, ao procurarem mudar normas profissionais tradicionais, uniculturais, muitas vezes iatrogênicas para modos multiculturais e diversos de realizar cuidados de saúde. Cuidados que, indo além da atenção a necessidades físicas, emocionais e sociais da pessoa, tragam a satisfação global pela atenção ao seu potencial cultural de pensar, planejar e agir. Isso tudo no sentido de promover, manter ou recuperar-lhes a saúde, favorecendo, assim, melhores condições para desenvolverem seu processo de viver.

Uma das primeiras manifestações sobre a importância do enfoque cultural na prática da enfermagem moderna é a de Mead (1969), que ressalta a importância do conhecimento das diferenças de padrões de comportamento de pessoas com bagagem cultural diversificada. Indica que os enfermeiros se consideram naturalmente preparados para contemplar o aspecto cultural, porém isso, na prática, ocorre com alguma dificuldade. Sugere que sejam realizados estudos sistemáticos de culturas, buscando descrever os padrões de comportamentos relativos à questão da saúde, através de estudos de campo.

Leininger (1985a) defende que os profissionais de enfermagem devem adotar uma abordagem cultural na prática de cuidar, enfatizando a dimensão antropológica do cuidado, pois que, apesar de o mesmo ser universal, seu significado, seus padrões e modalidades de expressão são múltiplos.

Segundo Leininger (1985a), há diferença entre curar e cuidar. O cuidado é essencial à cura e permeia todos os esforços para ajudar um indivíduo a recuperar-se após uma doença. Afirma também que o fenômeno do cuidado pode ser descoberto ou identificado através do exame da visão de mundo, estrutura social e língua do grupo cultural. O cuidado de enfermagem deriva-se do contexto cultural no qual ele deve ser propiciado e desenvolve-se a partir dele. O cuidar através das culturas por todo o mundo é fator crítico ao desenvolvimento humano e à sobrevivência da humanidade. Segundo a autora, nenhuma sociedade ou cultura poderia ter existido ou mantido a si mesma sem relacionamentos recíprocos de cuidar. Os processos de cuidar uniram grupos em um sentido de interdependência e inter-relacionamento mútuo com o objetivo de manter a saúde e sobreviver, assim como promoveram um senso de responsabilidade junto aos membros dos grupos. A enfermagem trabalha fazendo o cuidar. Seu objetivo é promover o bem-estar, crescimento e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, recuperar a saúde e permitir uma morte tranquila através de expressões e ações de cuidado.

Em suas pesquisas, a autora estava interessada em descobrir como os fatores de estrutura social, como parentesco, política, religião, leis, tecnologia e outros valores culturais específicos influenciaram ou estruturaram as práticas de cuidado nas sociedades humanas. Por isso, ressalta que é necessário um ponto de vista antropológico na enfermagem, para assimilar o papel e as atividades do cuidado através das diferentes culturas. Assim, em seus estudos em diversas culturas, em diferentes momentos e locais, ao longo de vários anos, observou e descreveu o relacionamento entre cultura e enfermagem.

Dessa forma, Leininger (1985a) percebeu que o conhecimento e a compreensão de crenças, valores e, principalmente, dos fatores culturais presentes no comportamento de cuidado das pessoas possibilitam ao profissional oferecer-lhes um cuidado humanizado e contextualmente congruente.

Para a autora as pessoas, de alguma forma, sabem se cuidar. Se assim não o fosse, não sobreviveriam. O cuidado como atributo humano é essencial para a sobrevivência do homem e das culturas através dos tempos. Cada cultura tem sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e prever o estado de bem-estar, saúde e doença. A autora entende que o cuidado não é atividade ou ato isolado, mas um fenômeno intelectual, abstrato e de conotação muito complexa. É a essência da enfermagem. Como tal, deve ser culturalmente embasado, podendo ser culturalmente validado através de seus resultados.

Para que o resultado da intervenção de enfermagem no processo de saúde e doença seja plenamente satisfatório, tanto para os profissionais envolvidos como, e principalmente, para a clientela, vários estudos enfocando a cultura, a saúde e a enfermagem têm sido realizados nas três últimas décadas, especialmente nos Estados Unidos.

No Brasil, várias pesquisadoras de enfermagem estão utilizando os referenciais da Antropologia em seus estudos, demonstrando a compreensão de que o conceito de cultura é central na abordagem antropológica. A busca da compreensão da cultura popular em todos os seus meandros, na qual o

significado das ações, valores e crenças possam ser respeitados e considerados, representou a finalidade de muitos estudos, entre os quais os de Elsen (1984), enfermeira brasileira, referência nacional e internacional nos estudos sobre a prática de enfermagem com famílias, que utilizou em seu doutoramento uma referência sócio-cultural para estudar famílias brasileiras de origem açoriana, vivendo em uma vila de pescadores na ilha de Santa Catarina.

Através da pesquisa etnográfica, a autora alerta os profissionais de enfermagem sobre a necessidade de ouvirem o cliente, identificarem suas expectativas e elaborarem com ele o seu projeto de promoção e restauração da saúde. Demonstra que os conceitos e as práticas de saúde sofrem variações segundo os diferentes grupos culturais e que nem sempre as concepções sobre saúde e doença adotadas pelos profissionais e pela população encontram a sintonia esperada.

Portanto, para a autora, a percepção acerca das crenças sobre a natureza da saúde e da doença, bem como a valorização das formas de tratamento empregadas pelas pessoas é de valor fundamental para a assistência à família, já que essa atua como a primeira unidade de saúde para seus membros. Nas famílias estudadas, o cuidado prestado envolve ações e promoções de prevenção e de tratamento de doenças baseadas em conhecimentos adquiridos a partir de seus padrões culturais.

Segundo Leininger (1985a) desde a infância as pessoas são educadas, através dos pais, parentes, vizinhos, amigos, meios de comunicação, professores

e outros, a se cuidarem conforme determinados padrões culturais. Cuidar ou não de si mesmas, de seus semelhantes e da natureza que as cerca, tem-se refletido sobre a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, em sua saúde.

De acordo com a autora, as culturas originam valores que são geralmente mantidos por longos períodos de tempo e servem para orientar a tomada de decisões dos membros dessas culturas. Os valores culturais são as forças diretivas que comandam ou dão sentido às ações de cuidar, constituem o padrão cultural de comportamento que se transmitirá por várias gerações em uma cultura.

Outras pesquisadoras envolvidas com a assistência à família, como Cartana (1988), vêm corroborar a importância da abordagem sócio-cultural na questão da saúde, ao considerarem que as experiências da família nas situações de desequilíbrios são tão importantes quanto o conhecimento científico, formal e sistematizado dos profissionais de saúde.

Segundo Kleinman (1980), ao se observarem as sociedades sob um enfoque sócio-cultural, de uma maneira abrangente, percebe-se a existência de um sistema amplo de saúde, em que é desenvolvido o cuidado, através dos diferentes cuidadores, que podem ser leigos ou profissionais. A abordagem utilizada por esses cuidadores é influenciada fortemente por fatores culturais, valores e crenças que continuamente penetram em suas práticas. As doenças e seus tratamentos, as instituições onde são tratadas, as tecnologias utilizadas estão associadas de acordo com o tipo de cultura em que ocorrem.

Para o autor a família representa o cenário não-profissional da cultura popular, no qual a doença é primeiramente definida, e as ações de cuidado são iniciadas através de tratamentos tradicionais. Tais ações de cuidado, que são desenvolvidas naturalmente por pessoas ao longo de suas vidas, constituem o sistema popular de saúde.

Para Leininger (1985a) existem dois sistemas de cuidado que interagem: o sistema de cuidado genérico (*folk*, ou popular) e o sistema profissional de cuidados. O primeiro refere-se aos conhecimentos e habilidades culturalmente aprendidos e transmitidos pelas gerações, enquanto que o segundo é formalizado e oficializado nos bancos acadêmicos, onde é formalmente ensinado e aprendido. Representa o preparo teórico e prático relativo à saúde e doença. Ocorre em instituições profissionais, normalmente com múltiplos profissionais.

Os sistemas popular e profissional de saúde, na visão da autora, embora tenham características fundamentais diferentes, podem estar mais aproximados para ter uma interação efetiva em relação às pessoas assistidas. Há necessidade de os profissionais de saúde entenderem os significados e as diferentes formas de vê-la, na ótica das culturas, para poderem romper com a tradição imposta pelo modelo biomédico, no qual as pessoas são tratadas, como vimos, de maneira uniforme, a partir de suas doenças, sem considerarem suas diferenças.

No entanto, comenta a autora, na maior parte das vezes, os profissionais de saúde, que trabalham com pessoas nas mais diferentes situações, nem sempre compreendem tais diferenças culturais. Ignorando essa realidade, mantêm um

grande distanciamento entre esses sistemas, muitas vezes desconhecendo o sistema popular de saúde, passando a cuidar das pessoas a partir de seus valores pessoais e profissionais.

Seguindo a mesma linha de pesquisa, encontra-se Boehs (1990), que desenvolveu em sua dissertação de mestrado um marco conceitual para assistir a família do recém-nascido, fundamentado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento de Duvall.

Entre alguns aspectos característicos do universo conceitual das famílias estudadas, a autora verificou a forte influência de crenças quanto ao cuidado com o recém-nascido. Percebeu que a família acreditava na possível deformidade da cabeça da criança, se a mesma fosse colocada em decúbito lateral na cama. Percebeu, ainda, a crença de que o banho poderia causar doenças associadas ao frio. Verificou, também, a importância atribuída pelas famílias à figura da avó, que, naquela população estudada, estava sempre presente na orientação e auxílio ao cuidado com a criança.

Leininger (1985a) salienta que, desde que se tem conhecimento da história humana, o cuidado dispensado às pessoas tem possibilitado a sua sobrevivência e são as mulheres as principais responsáveis pela transmissão desse cuidado, conforme se pode depreender da compreensão da própria história do homem, desde os tempos bíblicos, passando pela história da enfermagem, com Florence Nightingale, até hoje.

À semelhança de outros autores já citados, a autora afirma ser o cuidado parte integral da vida, não havendo sobrevivência sem ele. Refere também que o cuidado, enquanto manutenção da mesma, se encontra na própria raiz da história da mulher. Em todas as sociedades do mundo, mulheres desenvolveram cuidados, principalmente relacionados ao corpo e à alimentação. O valor social dessas práticas estava ligado ao desenvolvimento de sua autoconfiança. A construção social de tais práticas determinou que muitas mulheres fossem designadas a um *status* específico, sendo reconhecidas como sábias ou adivinhas, sempre chamadas para cuidarem dos outros durante os momentos de dor.

Patrício (1990) baseou-se também em Leininger, ao propor um marco de enfoque sócio-cultural para assistir famílias de adolescentes grávidas e solteiras. Saliou o respeito às práticas de cuidado já desenvolvidas pelas pessoas, reforçando as idéias da teórica acerca da implementação do cuidado, ocasião na qual o profissional deve procurar preservar o cuidado cultural do indivíduo ou do grupo. A autora encontrou a necessidade de realizar negociações com algumas participantes do seu estudo, no que diz respeito ao costume de usar a faixa no umbigo das crianças recém-nascidas. As mães justificavam que esse cuidado era tradicional na família e servia para o umbigo não "saltar". Ao observar que se tratava de um hábito culturalmente aceito e reproduzido no grupo, a autora percebeu que não poderia orientar a retirada da faixa, mas, sim, recomendar que a mesma fosse afrouxada para não prejudicar a respiração da criança.

Foi realizada, assim, uma negociação para a acomodação do cuidado, através da união dos modos de cuidar do profissional com aqueles próprios do cliente, conforme é recomendado por Leininger (1985a) acerca das formas de ação da enfermagem.

Tal ação, segundo a autora, representa a tomada de decisões e o planejamento de ações de cuidado. Pode ser compreendida em três categorias assim descritas:

a - Preservação ou manutenção do cuidado cultural refere-se àquelas ações e decisões profissionais, de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitação que ajudam pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou preservar valores culturais relevantes desde que eles possam manter seu bem-estar, curar doenças ou enfrentar incapacitações e morte.

b - Acomodação ou negociação do cuidado cultural refere-se àquelas ações e decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se, ou negociar com, para uma saúde benéfica ou satisfatória com profissionais provedores de cuidado.

c - Reorganização ou reestruturação do cuidado cultural refere-se a todas as ações e decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam clientes a reordenar, trocar, ou modificar seus modos de vida para novos, diferentes e benéficos padrões de cuidado de saúde, enquanto respeita os valores e crenças culturais dos clientes e ainda permitindo um benefício ou saudável modo de vida que depois das trocas, ficam ratificados com os clientes. (Leininger, 1991, p. 48).¹

Patrício (1990), em seu estudo com famílias através de uma abordagem cultural, identificou que algumas práticas de cuidado eram próprias de cada família e que numa mesma família o cuidado podia variar em função das características sócio-culturais.

¹ Tradução livre da pesquisadora

Em vista disso recomenda que, ao considerar crenças, valores, práticas, necessidades, expectativas, recursos e a história de vida de cada cliente, o profissional estará colaborando para que não haja o choque cultural entre ambos, evitando gerar na pessoa o sentimento de imposição de uma cultura que não lhe é familiar.

Na opinião de Leininger (1991), toda cultura possui conhecimentos e práticas de cuidados que são influenciados por fatores como a visão de mundo, a linguagem, a religião, as relações de parentesco, a etno-história, bem como fatores políticos, educacionais, econômicos, tecnológicos e pelo contexto do meio ambiente no qual ocorrem. Por isso, existe o que chamou de universalidade e diversidade do cuidado cultural, que assim descreve:

Diversidade do cuidado cultural são as variabilidades e/ou diferenças de significados, padrões, valores, modos de vida, ou símbolos de cuidado dentro ou entre coletividades, referentes a assistir, apoiar ou capacitar expressões do cuidado humano. Universalidade do cuidado cultural refere-se a significados, padrões, modos de vida ou símbolos de cuidados comuns, semelhantes ou uniformes, que são manifestados em grande número de culturas e refletem modos de auxiliar as pessoas, assistindo, apoiando, facilitando ou capacitando (p. 47).²

Segundo a autora, a visão cultural é procedente porque as pessoas são, de imediato, seres culturais, pois nascem, vivem e morrem num contexto cultural. Portanto, a cultura é uma força penetrante e contínua que influencia e molda a vida das pessoas significativamente.

² Tradução livre da pesquisadora

Outra pesquisadora de enfermagem que utilizou o referencial de Leininger em seu estudo foi Gualda (1993), por ocasião de seu doutoramento, quando realizou uma pesquisa etnográfica, utilizando uma abordagem êmica para conhecer o cuidado, as crenças, os valores e o significado atribuído à experiência do parto, a partir da perspectiva de algumas mulheres faveladas. Concluiu que o esquema de referência para avaliar o parto, em suas várias dimensões, compreendia a experiência de cada uma e o conhecimento de sua própria natureza através das características individuais, tanto tendo em vista os aspectos biológicos quanto outras singularidades próprias. Os dados lhe permitiram afirmar que não houve, na maioria das vezes, a compreensão da mulher em seu todo, quando por ocasião do parto hospitalar. Nas questões em que foram constatadas divergências de concepção entre o conhecimento profissional e o popular, prevaleceu sempre o poder profissional em detrimento da experiência de vida de cada mulher.

Esse dado encontrado pela autora em seu estudo infelizmente está também presente na maioria dos serviços profissionais de saúde, nos quais a imposição e a cegueira cultural ainda são evidenciados. A imposição cultural se refere à tendência do profissional a impor seus valores, sem estar atento aos sentimentos e crenças do cliente. A cegueira cultural ocorre quando o profissional não é consciente dos seus próprios valores, portanto, sendo-lhe difícil compreender os valores culturais de outras pessoas.

Monticelli (1994), em sua dissertação de mestrado, focalizou o nascimento como um rito de passagem no processo de viver do homem. Utilizou a abordagem

cultural do cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos, tomando o referencial de Leininger como base de seu estudo. Sua intenção, ao utilizar essa abordagem, foi analisar o nascimento não apenas como um evento biológico, mas como processo sócio-cultural, uma vez que acontece dentro de uma família que, por seu turno, tem alianças com outras famílias.

Segundo a autora, o nascimento, embora sendo um evento biológico universal, é diferentemente percebido, organizado e padronizado de acordo com os valores, atitudes e crenças de cada cultura, diversificando, assim, a dimensão e a complexidade do cuidado a ser oferecido à mulher e ao recém-nascido.

A autora chama atenção para o fato de que, durante a avaliação culturológica, a enfermeira deve estar sempre atenta ao modo como as pessoas expressam seus sentimentos e emoções. Isso teve importância para a sua prática, ao se deparar com expressões verbais e algumas denominações populares que, às vezes, foram usadas, e até mesmo fazem parte do jargão profissional, tais como "recaída", "suspensão", "resguardo", "cinteiro", "mãe-de-primeira-viagem", etc. Entretanto, outras expressões como "arca-caída" e "doença-de-bugre" não encontraram correspondência no universo profissional da autora, levando-a a perceber que tais expressões eram oriundas do conhecimento popular das famílias estudadas e, por isso, precisaram ser criteriosamente analisadas. Dessa forma a pesquisadora evitou chegar a conclusões arbitrárias acerca do cuidado que aquelas mulheres ofereciam às crianças, ao mesmo tempo que evitou realizar práticas impositivas que pudessem levar à quebra da interação conquistada durante o estudo.

Outra enfermeira pesquisadora que realizou estudo com foco na cultura foi Budó (1994), que desenvolveu um modelo cultural de suporte à saúde de descendentes de imigrantes italianos vivendo em uma comunidade rural. Seu objetivo foi conhecer as formas de cuidar existentes naquelas famílias através de uma proposta etnográfica.

Dessa forma constatou que o cuidado e as formas de cuidar daquela comunidade estavam permeados de crenças e valores resultantes da história de vida e da visão de mundo dos imigrantes italianos e seus descendentes, as quais estavam presentes no trabalho, no lazer, na saúde, na doença, na casa e na lavoura, integrando todas as fases do processo de viver daquelas pessoas.

Estudos aprofundados que observam uma abordagem cultural continuam sendo realizados por enfermeiras pesquisadoras, como Braga (1997) e Bonilha (1997). Entretanto, esta fundamentação não pretende esgotar o assunto "enfermagem e cultura, sua interface". Assim, registra alguns dos principais estudos já realizados sobre o tema, que contempla uma visão cultural na questão da saúde e da doença.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Opção da abordagem do estudo

Durante o desenvolvimento deste estudo, procurou-se interagir com as trabalhadoras através de uma abordagem qualitativa, explorando vivências individuais e grupais que permitiram uma ampla compreensão do comportamento das mesmas em relação à sua saúde, através da identificação de crenças, valores e fatores culturais presentes nas práticas de cuidados de saúde, expressas em suas falas.

Minayo (1993) justifica essa abordagem, pois entende que o campo da saúde se constitui não em uma disciplina em si, enquanto questão humana sendo compartilhado pelos diferentes segmentos sociais. É diferenciado a partir da maneira como se dão as condições de vida desses, numa *"complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados"* (p. 15).

Refere-se, pois, a uma complexa realidade de integração de diferentes conhecimentos com fins interventivos. A abertura do campo da saúde às

metodologias sociais qualitativas corresponde a uma ampliação da compreensão fenomenológica dos grupamentos sociais a que se dirige. Os valores, crenças e atitudes passam a ser inseridos numa trama multidisciplinar que circunscreve as diversas ações de promoção, prevenção e tratamento dos problemas de saúde no campo coletivo.

Entende-se que a decisão pelo emprego de métodos qualitativos de abordagem do conhecimento não se sustenta simplesmente numa dicotomização quantitativo/positivista/objetivista e qualitativo/interpretativo/subjetivista. Diferentes autores como Minayo (1993), Olabuenaga e Ispizua (1989) têm denunciado essa falsa divisão, já que não se pode omitir a realidade estruturada, passível de verificação e comparação bem como a legitimidade e necessidade de metodologias que contemplem os significados e símbolos dinâmicos e subjetivos que presidem o comportamento dos indivíduos quando em relação com outros. Os conhecimentos de natureza qualitativa podem, assim, mesmo sob critérios de validade e confiabilidade diferentes, interpenetrar-se, contemplar ou desvelar novas facetas da realidade humana e sua vida de relações.

Para Leininger (1985b), os estudos que pretendem desenvolver uma abordagem cultural do cuidado necessitam do emprego de metodologias apropriadas que possibilitem a captação de dados de natureza qualitativa, uma vez que

O objetivo do paradigma qualitativo é o mais adequado para se descobrir as características, padrões e significados do fenômeno em estudo. O pesquisador entra e permanece no mundo das pessoas e utiliza métodos naturais de investigação para observar, documentar, experimentar e aprender sobre as pessoas e seu esquema de referências. O paradigma

qualitativo, de modo geral, fornece os pressupostos filosóficos e as diretrizes para se obter dados de pesquisa naturalística, humanística, significativo e holístico das pessoas no seu ambiente natural (p. 5).³

A autora recomenda que os pesquisadores em saúde devem adotar abordagens qualitativas na realização de pesquisas, pois essa lhes possibilita uma visão ampliada do homem e do processo saúde e doença, para que as interações de diferentes estilos de vida possam ser estudadas e conhecidas. Justifica a recomendação, lembrando-nos que as pessoas são seres culturais com visões amplas e divergentes de vida, de estilos de viver e de como experienciá-los. Os estados de saúde e doença estão embricados nos valores culturais, nas visões religiosas, condições econômicas e ambientes sociais das expressões humanas. O verdadeiro significado de qualidade de vida, saúde e cuidado é melhor conhecido através de uma estrutura holística e social de referência. Afirma ainda que o tipo de método escolhido deve ser cuidadosamente selecionado, pois deve estar de acordo com o objetivo, a meta e a área de investigação proposta pelo pesquisador. Também alerta para o fato de que muitas culturas e subculturas não têm sido estudadas em profundidade, naquilo que se refere ao cuidado humano, saúde e bem-estar, ou mesmo à doença. O estudo qualitativo em enfermagem tem este objetivo.

Dessa forma, entre as várias possibilidades que a pesquisa qualitativa nos oferece e para estabelecer-se a congruência metodológica com o objetivo da investigação, optou-se por realizar um estudo do tipo etnográfico, conforme o proposto por André (1995).

³ Tradução livre da pesquisadora

Segundo a autora, a pesquisa do tipo etnográfico "*se caracteriza fundamentalmente por um contato direto do pesquisador com a situação pesquisada*" (p. 41). Refere que esse tipo de pesquisa representa uma adaptação da etnografia no seu sentido estrito. É amplamente utilizado pela área da educação e faz uso das técnicas tradicionalmente associadas à etnografia, as quais permitem ao pesquisador reconstruir os processos e as relações que permeiam o cotidiano de grupos sociais. Permite, também, retratar a perspectiva dos participantes do estudo acerca das questões que o mesmo focaliza. Refere, ainda, que esse tipo de pesquisa tem outra grande característica, ou seja, nele, o pesquisador é o instrumento principal na coleta e análise dos dados. Esses são mediados pelo instrumento humano, o pesquisador, que ao longo do processo deve tentar apreender e retratar a visão pessoal dos participantes, preocupando-se "*com a maneira própria com que as pessoas vêem a si mesmas, as suas experiências e o mundo que as cerca*" (André, 1995, p. 29).

5.2 Instrumentos do estudo

O presente estudo desenvolveu-se no próprio ambiente de trabalho das participantes, através da técnica de observação participante e da utilização da entrevista não totalmente estruturada, conforme é recomendado por Lüdke e André (1986) e André (1995).

Assim, durante cerca de quatro meses, a pesquisadora dedicou-se à observação do contexto permanecendo duas tardes por semana no ambiente da

lavanderia com o propósito de mergulhar naquele mundo de trabalho, a fim de conhecer melhor as participantes e conseguir manter uma relação dialógica e interativa com as mesmas, capaz de facilitar o processo de investigação.

A observação é chamada de participante, segundo André (1995), porque parte do princípio de que o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo por ela afetado. Seu objetivo é "*descrever os sistemas de significados culturais dos sujeitos estudados com base em sua ótica e seu universo referencial*" (p. 45).

Para a autora, a observação participante e as entrevistas aprofundadas constituem-se em meios muito eficazes para obter-se conhecimento sobre crenças, valores e atitudes dos sujeitos.

Lüdke e André (1986) afirmam que a entrevista tem uma grande vantagem sobre as outras técnicas utilizadas na pesquisa de campo, pois permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. Uma entrevista conduzida adequadamente permite o tratamento tanto de assuntos de natureza pessoal como temas de natureza complexa e escolhas nitidamente individuais. Pode atingir informantes que não o seriam por outros meios de investigação. Enquanto outros instrumentos têm seu destino traçado ao sair das mãos do pesquisador que os elaborou, a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo, além de permitir correções, esclarecimentos e adaptações, o que a torna sobremaneira eficaz na obtenção das informações desejadas.

As autoras afirmam ainda que é importante atentar para o caráter de interação que permeia a entrevista, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Tal relação de interação se cria especialmente nas entrevistas não totalmente estruturadas, nas quais não há a imposição de uma ordem rígida de questões e o entrevistado discorre sobre o assunto proposto com base nas informações que ele detém e que, no fundo, são a verdadeira razão da entrevista.

Consideram, tanto a entrevista como a observação participante, instrumentos básicos para a coleta de dados na pesquisa qualitativa em que o pesquisador tem a flexibilidade de decidir quando e onde coletar os dados. As informações colhidas e as teorias emergentes é que direcionarão a coleta subsequente.

Os registros da observação e das entrevistas deste estudo foram processados na forma de anotação de campo, contemplando um leque de informações oriundas dos encontros, conversas informais e das impressões da pesquisadora acerca dos encontros.

5.3 Coleta de informações

O primeiro passo para concretizar essa fase do estudo foi obter-se, junto à chefia do Serviço de Processamento de Roupas - SPR, a autorização para a sua realização.

Houve uma pronta atenção por parte da chefia do SPR tendo em vista que em outra ocasião a pesquisadora havia desenvolvido um trabalho naquele setor que envolvia atividades docentes e discentes previstas no desenvolvimento da disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Assim, a pesquisadora expôs à gerente do SPR o seu projeto de trabalho, ao mesmo tempo que lhe ofereceu uma cópia do mesmo para ser apreciado.

A partir de seu consentimento, providenciou-se uma reunião para a qual as trabalhadoras da área de limpeza foram convidadas a participar, ocasião em que foi exposto o objetivo do trabalho. A opção por chamar as trabalhadoras dessa área e não de outras, prende-se ao fato que essas pessoas foram as que mais interagiram com a pesquisadora durante o período que representou o seu "mergulho" no ambiente do SPR, além de mostrarem-se também as mais comprometidas com as atividades docentes que eram desenvolvidas naquele setor.

Após essa primeira reunião sucederam-se outras duas cuja intenção foi verificar a receptividade das trabalhadoras à proposta de trabalho, através da freqüência às reuniões e das manifestações expressas. Após a terceira reunião, percebeu-se que um grupo de cinco mulheres mostrava-se interessado em participar do estudo, haja vista que as mesmas estavam presentes nas reuniões anteriores e procuravam estabelecer interações com a pesquisadora. Assim, as mesmas foram convidadas a fazerem parte do presente estudo.

Combinou-se, então, com a gerente do serviço e com a supervisora, qual seria a dinâmica do trabalho. Ficou estabelecido que o grupo se reuniria no refeitório do SPR, sempre com encontros agendados previamente, com duração de 1 hora, durante a jornada de trabalho das funcionárias, no turno da tarde.

Em decorrência desses entendimentos com o grupo, a pesquisadora precisou disciplinar-se para, após cada encontro, proceder às anotações do mesmo, procurando manter-se fiel às falas das trabalhadoras de acordo com os códigos utilizados.

Foram realizados onze encontros no período compreendido entre os meses de julho e setembro de 1997. Desde o início do trabalho as participantes mostraram-se interessadas e receptivas. Foi-lhes oferecida uma cópia do projeto, para que pudessem tomar conhecimento do mesmo antes de se dar início aos encontros, o que realmente aconteceu, causando uma certa surpresa, pois não era esperado que elas fizessem a leitura do texto.

Passou-se, então, a planejar o agendamento dos encontros e a dinâmica de sua realização para obter-se as informações. Estabeleceu-se que seria um encontro semanal, sempre no mesmo local e com o mesmo grupo de pessoas. Utilizou-se, nos encontros, uma abordagem que possibilitou a exploração de vivências individuais e grupais, ao mesmo tempo que permitiu a obtenção da compreensão do comportamento das trabalhadoras em relação a sua saúde.

Quando, no primeiro encontro, lhes foi explicado que se pretendia gravar as suas falas, mostraram-se um tanto constrangidas e sugeriram que não se o

fizesse, pelo menos no início do trabalho, mais tarde, talvez. A solicitação foi atendida pela pesquisadora. Optou-se, então, por utilizar o diário de campo para anotações sintéticas durante os encontros. Somente nos dois últimos, utilizou-se o gravador para registro das falas.

Combinou-se com as participantes do grupo que seria mantido sigilo absoluto quanto às suas identidades. Foi proposto que as mesmas fossem substituídas por nomes de animais ou flores. O grupo optou por utilizar nomes de flores como instrumento de identificação, e assim cada trabalhadora passou a ser registrada com o nome de flor já referido no presente estudo.

Dessa forma, a pesquisadora observou o documento "Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos", conforme é recomendado por Goldim (1997), especialmente, no que diz respeito às diretrizes 2 e 3, as quais determinam as obrigações do pesquisador, ao realizar um estudo com indivíduos: deve fornecer aos participantes do mesmo um elenco de informações que lhes assegurem o conhecimento adequado acerca dos propósitos e conseqüências do estudo; deve também assegurar a todos o sigilo absoluto das identidades bem como a livre decisão de continuar participando da pesquisa.

Goldim (1997) recomenda que o pesquisador se comunique através de uma linguagem simples e acessível ao nível de compreensão dos participantes e se assegure de que os mesmos a compreenderam. Os participantes podem manifestar seu consentimento em participar do estudo através da assinatura de um documento, ou expressar-se verbalmente.

Tendo em vista que o presente estudo não representava nenhum risco para as participantes, a pesquisadora entendeu não ser necessário providenciar um termo de consentimento assinado individualmente, ou mesmo pelo grupo.

Assim, durante os encontros, foi mantido um clima harmonioso e de confiança, o que facilitou a livre expressão das participantes. Utilizou-se o diálogo como principal mecanismo de comunicação. A pesquisadora manteve-se atenta não apenas às perguntas formuladas e às respostas verbais que ia obtendo ao longo da interação. Foi necessário ater-se a todos os gestos, expressões, entonações de voz, hesitações, enfim, a toda a comunicação não-verbal, cuja captação foi muito importante para a compreensão das falas.

Quando se quer reunir informações através da interrogação direta das experiências de pessoas, pode-se utilizar um conjunto de perguntas que tem um assunto como guia, como fio condutor para explorar uma temática. Segundo Minayo (1993), esse guia constitui o próprio roteiro de entrevista que visa orientar uma conversa com finalidade.

Assim, observando o objetivo do estudo, lançaram-se aos participantes as seguintes questões norteadoras que resultaram em respostas individualizadas:

- O que representa para você ter saúde?
- Como você se cuida?
- Como você cuida da sua família?

Comentários apropriados ao foco do assunto foram acrescentados durante os encontros, a fim de manter a finalidade dos mesmos.

5.4 Análise de informações

Para realizar a análise transversal dos conteúdos manifestos e latentes das entrevistas obtidas, foi escolhido o método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), pois o mesmo possibilita uma descrição objetiva dos discursos, tendo por fim a sua interpretação. Para a autora, o método permite ao pesquisador uma busca de outras realidades através das mensagens. O objeto do método é a palavra. Leva em consideração as significações dos conteúdos.

Entre as várias técnicas existentes para o desenvolvimento da análise qualitativa de conteúdo, trabalhou-se a Análise Temática proposta pela autora, por comportar uma maior adequação ao assunto "educação em saúde". Na análise temática, pretende-se desvelar os núcleos de sentido existentes na comunicação, cuja presença ou frequência tem significado para o objetivo do estudo.

Segundo Minayo (1993), tradicionalmente, a análise temática encaminha o pesquisador para a contagem de frequência das unidades de significação, quando esse tem por referencial metodológico o paradigma positivista. Entretanto, a utilização da análise temática, sob a luz do paradigma qualitativo, conduz o pesquisador a analisar e interpretar que a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nas falas dos sujeitos.

Essa fase não aconteceu de forma estanque, isolada. Aconteceu num movimento de circularidade entre os encontros com o grupo e as reflexões da pesquisadora, ao lançar um olhar antropológico sobre as informações obtidas,

determinando, assim, a busca de mais informações para o alcance do objetivo do estudo.

A operacionalização da análise observou três fases distintas:

- **Pré-análise com a ordenação dos dados:** representou a transcrição de fitas cassetes utilizadas na gravação dos encontros e a organização das anotações registradas no diário de campo, as quais foram registradas à parte. Esse material foi submetido à leitura "*flutuante*", conforme recomenda Bardin (1977, p. 96);

- **Descrição analítica:** representou a constituição de um *corpus* que consistiu num estudo aprofundado do conjunto de informações emergidas das entrevistas e da observação direta, orientado, em princípio, pela fundamentação teórica, porém contemplando os referenciais da pesquisadora.

Nessa etapa ocorreu a classificação dos dados, quando se estabeleceu a relação direta das respostas das participantes com as questões formuladas, ocasião em que a pesquisadora procurou apreender idéias centrais relacionadas ao assunto proposto. Classificadas as manifestações, chegou-se a alguns núcleos de sentido que embasaram a construção dos temas propriamente ditos:

- a necessidade de cuidar de sua própria saúde, bem como de seus familiares;

- a relação entre saúde e trabalho;

- a relação das crenças religiosas quanto às questões de saúde e seus cuidados;

- a utilização de várias formas de realizar cuidados de saúde a partir de sua visão de mundo;

- **Interpretação referencial:** representou o trabalho mais intenso sobre as informações, ocasião em que a reflexão e intuição da pesquisadora estabelecem relação com os conteúdos manifestos nas falas das participantes tratando de desvendar seu conteúdo latente.

Dessa forma, chegou-se às unidades de significação desses conteúdos que, segundo Bardin (1977), constituem os temas propriamente ditos. São eles:

- o cuidar de si e o não se cuidar;
- a mulher como cuidadora da família;
- a religiosidade e as formas de cuidar;

Segundo Bardin (1977, p. 105), o tema "*é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.*"

Assim, os temas foram alvo de análise final à luz da fundamentação teórica construída com base na observação da cultura como determinante de comportamentos, consubstanciada na obra de Laraia (1996) e de Helman (1994).

A seguir se registra a interpretação que a pesquisadora formulou a partir da compreensão da visão de mundo de cada uma das mulheres participantes do estudo, o que possibilitou a descoberta de suas crenças e valores que, associados a fatores culturais determinantes, constituem a essência do seu modo de pensar e agir em relação aos cuidados com a saúde.

6 TEMAS CULTURAIS QUE EMERGIRAM DOS ENCONTROS

Nesta parte do estudo apresenta-se a análise interpretativa dos temas culturais que surgiram a partir dos encontros realizados e da observação da pesquisadora. Procura-se reproduzir fielmente os discursos anteriormente gravados em fitas e as anotações registradas no diário de campo, para que, tal qual uma imagem refletida num espelho, cada uma dessas mulheres trabalhadoras também possa ser "vista" pelo leitor de forma muito especial, que contemple, além da imagem física, também e, principalmente, o seu jeito de ser e compreender o mundo.

Os temas são expostos de forma tal que, embora pareçam ser distintos um do outro, demonstre a inter-relação existente entre os mesmos. Desse modo, ao se buscar conhecer como as mulheres realizam práticas de cuidados de saúde, identificam-se as razões que as levam ao cuidado com a própria saúde e também com a saúde dos outros. Identifica-se, também, nas falas dessas mulheres, a presença de fatores culturais influenciando algumas formas de cuidar, porém, o que mais chama a atenção é a evidência do fator religião nas suas práticas de cuidados com a saúde.

6.1 O cuidar de si e o não se cuidar

Buscar entender os motivos que conduzem as pessoas a adotar ou não comportamentos e práticas de cuidados favoráveis à promoção ou preservação da própria saúde é tarefa por demais desafiadora e, ao mesmo tempo, muito estimulante, pois exige do investigador a habilidade de lançar um olhar abrangente sobre o universo das mesmas, visando captar a compreensão que possuem a respeito de saúde e doença, seus significados e a maneira como interpretam seus problemas de saúde e, conseqüentemente, respondem aos mesmos.

Há inúmeras razões pelas quais algumas pessoas identificam a necessidade de cuidar de si mesmas. Ao mesmo tempo também são inúmeras as razões capazes de conduzi-las a um outro extremo, ou seja, não perceberem a necessidade de cuidar de sua própria saúde.

Helman (1994) identifica essas razões como fatores culturais, presentes no comportamento do indivíduo, que resultam de uma interação complexa entre o estado de saúde do mesmo, sua personalidade, a autopercepção de sucessos e fracassos diante de expectativas pessoais e sociais e o sistema em que vive. Assim, para o autor, *"os fatores culturais podem atuar como causa, contribuição ou proteção no que se refere aos problemas de saúde"* (p. 267).

Se o olhar do investigador estiver envolto pela lente mágica da cultura, poderá filtrar questões como alimentação, higiene pessoal, vestuário, disponibilidade financeira, emprego ou desemprego, acesso á oferta de recursos

junto ao sistema de saúde, rede familiar, automedicação, comportamento de risco, entre outras, e entendê-las como algumas razões de ordem psicológica, sócio-cultural ou econômica que representam causas, contribuições ou mecanismos de proteção, passíveis de influenciar intimamente o comportamento de algumas pessoas ou grupos sociais em relação à saúde.

Tomando-se por base tais reflexões, consubstanciadas na fundamentação teórica exposta anteriormente, neste estudo, a pesquisadora veste seu olhar com as lentes da cultura, a fim de melhor visualizar e compreender as mulheres integrantes do mesmo.

Assim, durante a realização dos encontros, ao colocar-se em discussão a questão do cuidado com a própria saúde, a intenção é resgatar como essas mulheres interpretam os fenômenos saúde e doença, o que fazem para manterem-se saudáveis e solucionarem seus desequilíbrios, a partir da visão de mundo e cultura de cada uma. Para tanto, são lançadas ao grupo as questões norteadoras:

O que representa para você ter saúde?

Como você se cuida?

Essas são complementadas pela pesquisadora com comentários pertinentes ao foco da discussão, o que possibilita deixar falar as mulheres que são mães, esposas, avós, filhas, trabalhadoras, cidadãs, cuidadoras, uma delas “feiticeira”; porém, antes de tudo, gente. Gente situada em um contexto social que é de muitas experiências e tradições, as quais se refletem no seu jeito de ser.

Dessa forma, os discursos que emergem dessas questões embasam a análise que a seguir é comentada, tendo como referência o contexto particular de cada participante do estudo.

O que é ter saúde

Os significados de saúde e doença variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais, conforme cada época e cultura, pois as pessoas têm saúde ou doença segundo a classificação de sua sociedade, visto que esses conceitos estão intimamente relacionados à transformação cultural e à estrutura social, responsáveis por sua compreensão de mundo.

Segundo Ullmann (1991), as pessoas aprendem a olhar o mundo com as lentes de sua cultura, adquirindo uma visão peculiar a cada ambiente cultural.

Assim, pode-se dizer que, na maioria das vezes, a saúde significa muito mais do que apenas a ausência de sintomas desagradáveis percebidos no plano corporal. Pode significar a razão primeira que permite ao ser humano manter sua sobrevivência em sociedade através de uma atividade laboral, da vida em família, do acesso à supervisão de saúde, da busca do equilíbrio entre o físico e o espiritual. Pode também significar a principal prioridade na vida de alguns, ou ainda, algo difuso, difícil de interpretar, embora reconhecidamente intrínseco ao

viver. Essas e outras nuances estão presentes nas expressões das participantes deste estudo, transcritas a seguir:

Saúde, para mim, é poder trabalhar, viver melhor, comprar presentes para os meus netos (Cravina).

Para mim, ter saúde é fundamental na minha vida, para poder trabalhar, passear, cuidar da família. Por isso me cuido bem (Cravo).

Valorizo muito a minha saúde, pois faço revisão a cada ano com o médico que trata da minha pressão (Margarida).

Ter saúde, para mim, é ter o equilíbrio do corpo com o espírito. Eu me cuido bem, porque me preocupo com o meu "eu". Meu interior é muito importante (Azaléia).

Analisando as palavras de nossas amigas Cravina e Cravo, percebe-se que, para ambas, saúde representa, em primeiro lugar, a possibilidade de poderem desenvolver suas atividades laborais. Fica evidente que o trabalho, enquanto atividade economicamente viável, representa, de acordo com Helman (1994), um fator cultural que contribui para a preservação de sua saúde, ao mesmo tempo que é responsável pela concretização de outros objetivos, como, por exemplo, ajudá-las a obter uma situação financeira que lhes possibilite realizar importantes ações para o alcance de uma boa qualidade de vida como usufruir de lazer, adquirir bens de consumo, possuir recursos para manter a família em condições adequadas de educação, saúde, habitação e alimentação, entre outras necessidades fundamentais.

Para ambas, a valorização da saúde é percebida a partir da necessidade de trabalhar. O cumprimento das tarefas exigidas na lavanderia, consideradas obrigatórias por essas mulheres trabalhadoras, constitui-se em aspecto determinante na sua concepção de saúde.

Emerge claramente de suas falas a necessidade de ter saúde como condição *sine qua non* para atenderem à questão da própria sobrevivência no mundo do trabalho, onde o valor de cada um é avaliado por sua capacidade de produção. Além disso, observa-se que a ênfase em associar saúde com sobrevivência através do trabalho está também alicerçada no fato de serem as responsáveis pelos rendimentos da família e, conseqüentemente, por sua subsistência, conforme a expressão de Cravina: *"Com saúde posso trabalhar e cuidar de minha família. Sou o cabeça da família."*

Além da questão da sobrevivência, comum no discurso de todas, embora de forma mais enfática no de Cravina, o trabalho representa para essas mulheres um mecanismo de afirmação de sua cidadania. Manifestam orgulho por ter um trabalho remunerado, entendido por isso como diferente dos afazeres domésticos, tão comuns às demais mulheres do seu grupo social. Preservam um adequado sentimento de auto-estima em decorrência do trabalho, a exemplo da fala de Margarida: *"Gosto do que faço. Tô ficando velha, mas sempre trabalhando. Sempre trabalhei em lavanderia; já fui discriminada aqui mesmo. Eu me orgulho... é uma vida. Trabalho aqui há dezesseis anos. Já trabalhei na lavanderia da Santa Casa."*

Também se evidencia tal sentimento na fala de Cravo: *"O trabalho me faz bem. Gosto do serviço na lavanderia, das minhas colegas... Tenho orgulho de trabalhar na lavanderia. Já trabalhei de atendente e não gostei. Acho que o trabalho é um grande valor na minha vida, mas está abaixo da minha saúde."*

Associada à questão de valorização do trabalho, colocada de forma tão clara por Margarida e Cravo, há que se perceber também a sua importância no mundo dessas mulheres onde, geralmente, os horizontes são limitados em função de fatores como pouca escolaridade, falta de preparo profissional, forte tradição familiar, poucas condições de renda e outros. Percebe-se que, embora esses fatores estejam presentes no seu grupo social, não parecem ser impeditivos para que elas permaneçam no sistema de trabalho.

Por outro lado, a necessidade de supervisão da saúde como requisito para manter-se trabalhando, também é percebida nas palavras de Margarida, para quem saúde é um bem maior, sem o qual nada daquilo que já fez ou poderá fazer seria possível.

É enfática ao mencionar que segue o tratamento para a hipertensão arterial orientada por seu médico. Atribui a esse comportamento o fato de, em dezesseis anos de serviço na lavanderia, nunca ter ficado doente a ponto de necessitar afastar-se das atividades. Menciona ainda que cuida muito da alimentação e do uso correto dos medicamentos prescritos. No ambiente de trabalho está sempre atenta aos possíveis acidentes no desempenho de suas tarefas. Procura adequar o volume de cargas e o peso das mesmas às suas condições físicas, evitando,

dessa maneira, possíveis danos ao funcionamento do corpo. Manifesta-se satisfeita por raramente procurar atendimento no Serviço de Medicina Ocupacional da instituição: *"Acho que o médico do trabalho até estranha que eu não apareça por lá"*, diz.

Através desse comentário, associado ao claro tom da voz, ao largo sorriso no rosto e ao rápido olhar sobre as demais colegas, Margarida deixa claro que se sente diferenciada do grupo no que diz respeito à assiduidade ao trabalho, tendo em vista que as outras trabalhadoras freqüentemente procuram o serviço médico em função de inúmeras queixas, na sua maioria, relacionadas às atividades que executam diariamente. Daí decorre que por vezes são afastadas por licença de saúde, de acordo com a legislação trabalhista vigente, o que representa um ônus significativo à gerência e aos demais funcionários da lavanderia, pois a produção de roupas limpas precisa ser mantida, independente do número de pessoas em atividade.

A busca de estratégias que representam condições para a supervisão da saúde é identificada por Helman (1994) como um fator de ordem cultural, muito mais presente no comportamento de determinadas pessoas do que de outras. Assim tem-se que as mesmas, independente de classe social, educação e recursos financeiros, quando sofrem algum desconforto físico ou abalo emocional, têm várias maneiras de se auto-ajudar ou buscar ajuda com outros. Procuram, por exemplo, usar um remédio caseiro, descansar, aconselhar-se com um amigo, parente ou vizinho, consultar um sacerdote, curandeiro, ou um médico.

Margarida prefere consultar com seu médico: *"Faço revisão a cada ano com o médico que trata da minha pressão. Sigo o tratamento"*, afirma.

Há muitas razões pelas quais algumas pessoas consultam um médico e outras com sintomas semelhantes não o fazem. Geralmente, a principal razão está associada com o fato de poder ou não arcar com as despesas de um tratamento médico. Entretanto, mesmo entre aquelas que possuem recursos, verifica-se, por vezes, que não existe correlação entre a severidade de uma doença física e a decisão de procurar auxílio médico. O adiamento de tal decisão pode acarretar sérias conseqüências para a sua saúde.

Para outras pessoas, a presença de sinais e sintomas, considerados anormais para o seu equilíbrio de saúde, representam motivos fortes para consultar um médico. Entretanto, a concretização dessa ação depende de importantes fatores, tais como a disponibilidade real da assistência, constatada pelo acesso e resolubilidade do serviço de saúde; a possibilidade de o cliente poder pagar pela ação, caso essa não seja obtida junto ao setor público; o fracasso ou o sucesso dos tratamentos originados no setor informal de saúde; a maneira como o cliente percebe o problema responsável por seus desequilíbrios, e, ainda, a forma pelas qual as outras pessoas percebem o problema.

Segundo Helman (1994), *"um mesmo sintoma ou sinal pode ser interpretado distintamente nos diferentes grupos humanos, como doença em um e como normalidade em outro"* (p. 125).

Dessa forma, de acordo com o referido autor, a percepção que Margarida tem acerca da necessidade de cuidar-se, através de uma adequada supervisão médica, passa basicamente pela compreensão que a mesma possui a respeito de saúde e, de forma subjacente, da influência que fatores culturais, crenças e valores exercem sobre seu comportamento.

A compreensão de que ter saúde significa muito mais do que a ausência de sinais e sintomas de doença corretamente percebida é identificada na fala de Azaléia, ao mencionar o fator equilíbrio entre o corpo e o espírito como um dos determinantes para a obtenção da saúde.

Azaléia tem a noção do equilíbrio como algo necessário entre o corpo e o espírito. Considera a saúde como integração do bem-estar físico, mental, social e espiritual: "*Meu interior é muito importante*", diz a mesma.

Essa ótica de compreensão acerca da saúde ressalta a preocupação de visualizar-se (ela, Azaléia) como um todo dinâmico, situado no universo também dinâmico.

A importância que é atribuída à necessidade de "ter saúde" fica muito bem clara nas falas anteriormente analisadas. Tanto Cravo, quanto Cravina, Margarida e Azaléia conseguem estabelecer uma relação entre essa necessidade e outros aspectos fundamentais para suas vidas como a permanência no emprego, a manutenção da família, o reconhecimento social, o fato de estar de bem consigo mesma, de ter acesso ao lazer, ao consumo, etc.

Entretanto, para uma das mulheres participantes do estudo, o fator saúde parece ser menos valorizado. Trata-se de Rosa, uma pessoa simpática e comunicativa, do tipo “*sem papas na língua*”, como gosta de dizer. Mostra-se pouco preocupada com a questão de ter ou não saúde, conforme se percebe na expressão: “*Ter saúde é importante, porém não é minha principal preocupação.*”

Enquanto algumas falas expressam uma real preocupação com a manutenção da própria saúde, demonstrando um compromisso individual e social por parte de suas emitentes, as palavras de Rosa conduzem a pesquisadora na busca da compreensão das razões que a levam à negligência nesse sentido. Rosa afirma: “*Eu não cuido da minha saúde. Às vezes estou atenta, outras não. Sou relaxada. Por isso, quase sempre estou doente.*”

O outro extremo da questão do cuidado consigo mesma pode ser observado nesse relato, ou seja, a questão do não se cuidar. As razões pelas quais Rosa não observa adequadamente a preservação de sua saúde podem ser semelhantes àquelas que representam motivação para as demais mulheres, ou seja, o trabalho e a família. No entanto, é categórica ao afirmar que esses são mais importantes do que cuidar da própria saúde, pois lhe ocupam todo o tempo disponível: “*Vivo para o trabalho e a família. Cuido bem dos outros, não de mim*”, afirma. Complementa, quase que numa tentativa de justificar-se pelo fato de dedicar pouca atenção a sua saúde, com o seguinte relato:

O trabalho é um dos mais altos valores da minha vida, porque sem trabalho... Não consigo viver sem trabalhar, seja nesta lavanderia, ou em outro lugar. Alguma coisa eu

tenho que fazer... não posso ficar parada. O trabalho tem um valor imenso, principalmente este que desenvolvo aqui. Até poderia trabalhar em outro lugar, mas tenho as minhas limitações. Sou muito agitada, muito inquieta. A pessoa não pode viver sem trabalhar. Se o rico trabalha, quem dirá o pobre (Rosa).

Dessa forma percebe-se que Rosa tem uma certa dificuldade em estabelecer prioridades para sua vida, pois pouco se esforça para alcançar um estado de saúde equilibrado que contemple uma harmonia com o mundo circundante, quer seja esse entendido numa complexidade maior, que transcende o plano físico, quer seja entendido linearmente, através das relações estabelecidas com o cotidiano da família e do trabalho.

Um distúrbio em qualquer uma dessas relações manifesta-se através de sintomas físicos e/ou emocionais, como deixa claro ao mencionar: *"Fico explodindo quando me incomodo aqui. Me dói todo o corpo quando saio daqui"* (referindo-se ao local de trabalho).

Tais sintomas podem vir a definir um estado de doença para Rosa que, por conseguinte, pode estar baseado na sua percepção de saúde e doença, nas percepções das demais pessoas de suas relações, ou em ambas.

Berlinguer (1988) sinaliza que tanto os homens quanto as mulheres podem estar doentes ou não, dependendo de como percebem a doença.

Para chegar-se a essa conclusão, antes mesmo de uma investigação científica, faz-se necessário compreender que ninguém é totalmente saudável

nem totalmente doente. É uma questão de bom senso. Faz-se necessário considerar a perspectiva individual do cliente, procurando compreender como ele aceita a doença e, se necessário, como convive com a mesma. Assim, um cliente portador de diabetes, por exemplo, mas que se mantém em equilíbrio, pode ser mais saudável do que um outro não portador desse dano que, porém, sofre de angústia e de depressão.

Para Berlinguer (1988), a distribuição da saúde e da doença é desigual entre indivíduos ou grupos sociais, tendo em vista o desenvolvimento das sociedades nas quais o conhecimento e os valores científicos mudam, contribuindo, assim, para a evolução de sua cultura geral.

O processo de autodefinição como doente implica, normalmente, uma série de experiências subjetivas, como a percepção de mudanças no próprio corpo, tanto a respeito da aparência, quanto ao seu funcionamento, conforme se pode perceber na fala de Rosa:

Só percebo que não estou bem quando começam a aparecer sintomas do mal que me aflige, isto é, a pressão alta. Daí, tenho dor na nuca, na cabeça e me sinto doente. Quando tenho isto, eu trato, depois, esqueço. Deixo até de tomar os remédios. Deixo para segundo plano (Rosa).

A questão da percepção da doença através das alterações do corpo constituiu-se em tema de estudo para Boltanski (1980), Loyola (1984) e Knauth (1992), entre outros, ao enfatizarem que as representações que os indivíduos

possuem acerca da doença estão intimamente associadas aos usos sociais que fazem do próprio corpo.

Helman (1994), ao analisar as definições culturais do corpo humano, sinaliza que, para os membros de todas as sociedades, esse é mais do que um simples organismo físico oscilando entre saúde e doença. Para o autor, o corpo humano, culturalmente entendido, é também *"o foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento"* (p. 30).

Segundo Knauth (1992), a doença *"é percebida através de diferentes sinais, que por sua vez estão relacionados com a quebra de um estado ou uso normal do corpo"* (p. 27).

Na fala de Rosa percebe-se que um desses sinais é a presença incômoda da "dor na nuca, na cabeça", pois o normal para ela própria ou para qualquer outra pessoa é não estar com a cabeça doendo.

A presença de sinais e sintomas decorrentes da hipertensão arterial, não adequadamente tratada, acarreta-lhe transtornos funcionais que afetam o seu desempenho no trabalho, como deixa claro ao mencionar que, por vezes, está *"desanimada"*, *"meio tonta"* durante o dia.

Para nossa amiga Rosa, certamente os sinais da doença só adquirem sentido enquanto indicadores de morbidez, na medida em que seu aparecimento acarreta conseqüências nefastas para a continuidade de atividades rotineiras, quer domésticas, quer economicamente produtivas, que, uma vez interrompidas,

representam resultados negativos para a organização da própria vida: *"Vou ter que andar direito, senão..."*, diz a mesma.

Na verdade, pode-se observar que a percepção que Rosa tem da doença e, conseqüentemente, da necessidade de restabelecer a saúde, é apreendida através de circunstâncias ou sensações físicas que a obrigam a alterar a capacidade ordinária do uso do corpo como instrumento para a ação cotidiana.

Entretanto, percebe-se que Rosa tem consciência de seu comportamento negligente para com a própria saúde. Sinaliza uma tênue intenção de reformulá-lo, haja vista a expressão: *"Eu não sou burra. Sei que o meu problema é o desleixo; não dou bola para a hipertensão. Mas sei também que preciso mudar, senão..."*

Para Helman (1994), o fato de que as pessoas percebem ou não as doenças como conseqüência de seu próprio comportamento depende de uma série de fatores. Em seus estudos encontrou situações, em que a crença pessoal de que a saúde é determinada por ações pessoais estava correlacionada com variáveis sócio-econômicas. Aquelas pessoas que tinham maior controle econômico sobre suas vidas aceitavam melhor as responsabilidades por problemas de saúde do que outras que se consideravam impotentes social e economicamente.

No caso de Rosa nota-se que a mesma não atribui à "sorte", ao "acaso" ou a "poderosas forças externas" a questão da sua saúde. Responsabiliza-se plenamente pelo evento.

As explicações de problemas de saúde centradas no cliente são importantes para os profissionais comprometidos com a educação em saúde. Valorizar essas

explicações de *mea culpa* como algo positivo para a mudança de comportamento do mesmo é compreender que tais explicações podem determinar se esse é capaz de também responsabilizar-se pelo processo de cura, deixando de atribuí-lo a algo que está além de seu controle.

Assim, ao compreender-se um pouco o que representa "ter saúde" para essas mulheres, busca-se conhecer o "como", ou seja, quais as estratégias que utilizam para resolver seus problemas de saúde.

Como eu me cuido

Conhecer "como" uma pessoa cuida da própria saúde é, sem dúvida, ir atrás daquilo que ela faz para cuidar-se. É descobrir quais as práticas de cuidados de saúde que comumente são utilizadas. É também ir em busca das razões de sua utilização. Dessa forma, identifica-se a presença de alguns fatores que exercem influência sobre seu comportamento, ao eleger esta ou aquela prática de cuidado.

Desde os tempos bíblicos o homem tem procurado manter-se em boas condições de saúde. Esse é um comportamento inerente a sua própria natureza, a partir do momento em que se apropriou da noção de sobrevivência. Para sobreviver, precisou procurar e armazenar o alimento e a água; proteger o corpo

do frio, da chuva e do calor; extrair da natureza o bálsamo para a cura dos ferimentos, entre outras necessidades.

Assim, ao longo dos séculos, esse homem vem-se utilizando de diversas estratégias para obter a manutenção da própria saúde, bem como de seus semelhantes. Estratégias essas que podem ser entendidas como práticas de cuidados de saúde e que, atualmente, podem ser acessadas junto ao sistema oficial de saúde. Entretanto, independente do avanço científico e tecnológico dos processos de investigação e de cura desenvolvidos nesse sistema, em geral, as pessoas também procuram fora do mesmo outras formas para solucionar seus problemas de saúde.

A questão do acesso às redes terapêuticas nas sociedades mais complexas é analisada por Kleinman (1980), que sugere a existência de três alternativas de assistência à saúde, sobrepostas entre si: a informal, a popular e a profissional. Cada uma possui seus próprios meios de explicar e tratar as doenças, como, também, de definir quem cura e quem é o paciente e, ainda, especificar como ambos devem interagir em seus encontros terapêuticos.

Independente de onde a pessoa possa encontrar a solução para seus problemas de saúde, o importante é ter-se claro que as práticas de cuidados eleitas pela mesma podem ser concebidas a partir de um conhecimento empírico, traduzido por crenças e tradições, ou de um conhecimento socialmente adquirido. Podem também estar direcionadas tanto para a solução dos problemas advindos das doenças quanto para a realização de ações que visem a evitar o surgimento

das mesmas. Tal orientação pode, segundo Helman (1994), ser determinada por alguns fatores culturais capazes de influenciar o comportamento da pessoa no momento de decidir sobre como manter-se em boas condições, conforme se pode perceber nos discursos das mulheres participantes deste estudo: *"Acho que me cuido bem. Procuo cuidar de tudo. Cuido da nossa comida, é coisa leve; com pouco sal, sem frituras. Tomo remédios. Gosto de andar bem limpa. A limpeza para mim é muito importante; da minha casa, também"* (Margarida).

Observa-se que o discurso de Margarida está impregnado de aspectos importantes para a promoção e a adequada manutenção de sua saúde, tais como alimentação e higiene. Esses foram identificados por Helman (1994) como fatores culturais que podem relacionar-se com variáveis sociais, culturais ou psicológicas do contexto de vida da pessoa, vindo a interferir no seu comportamento.

Em estudos realizados em várias sociedades, o autor concluiu que o alimento desempenha diversas funções além da principal: ser fonte de nutrição. As demais funções estão relacionadas com os aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida cotidiana do homem. O alimento constitui parte essencial da maneira como uma sociedade se organiza e da forma como a mesma compreende o mundo.

Vários aspectos relacionados com a alimentação são rigorosamente padronizados pela cultura, segundo análise do mesmo autor, que identificou variações nas diversas sociedades, na maneira como o alimento é cultivado, colhido, preparado, servido e ingerido.

Assim, a maneira como as pessoas se relacionam com o alimento pode estar diretamente relacionada com sua herança cultural. Cada cultura é capaz de definir o que entende por alimento. Desse modo, alguns tipos de substâncias que são consideradas alimentos para algumas podem nada representar para outras, independente de seu valor nutritivo. É o caso da carne de rã e de *escargot*, que na Europa, principalmente na França, é comumente usada pela população, porém, é desconhecida como alimento em outras sociedades, como a africana e a chinesa.

Outra situação interessante da função do alimento na vida do homem observa-se na cultura judaica, que proíbe a população de ingerir carne suína e seus derivados, devido à crença religiosa que os mesmos são impuros.

A questão do alimento empregado como remédio por diferentes grupos sociais também é comentada por Helman (1994), ao identificar que algumas sociedades consideram as dietas especiais como forma de medicação para determinadas doenças ou estados psicológicos.

Assim, exemplos do tipo “para prevenir gripes e resfriados é bom usar alimentos vitaminados, para que a gestante não padeça de azia é proibido comer pepino durante a gravidez, para aumentar a quantidade de leite materno durante a lactação é necessário ingerir diariamente 1 copo de cerveja preta” são bastante conhecidos na sociedade brasileira. Entretanto, devido ao papel central do alimento na vida diária de todos nós, principalmente no que diz respeito à herança cultural familiar e às realizações sociais, é muito difícil querer-se modificar crenças e hábitos alimentares, mesmo que tal modificação venha ao encontro da obtenção

de uma adequada nutrição, através de dietas especiais recomendadas como parte de alguns tratamentos de cura.

Quando Margarida se refere aos cuidados que atualmente tem com o consumo de sal e de frituras no seu cotidiano alimentar, está, de certa forma, demonstrando um comportamento coerente com a cultura de alguém que afirma observar uma supervisão de saúde e seguir o tratamento proposto por seu médico, a fim de solucionar os problemas resultantes da hipertensão arterial.

Nota-se que a prática de uma alimentação equilibrada, adequada ao controle da doença, reflete a percepção que Margarida tem a respeito da necessidade de mudança no seu hábito alimentar bem como sua capacidade de cuidar-se. Reflete, também, sua confiança no setor profissional de saúde no qual procura ajuda para manter-se em equilíbrio.

Segundo Kleinman (1980), o setor profissional é um setor distinto do sistema de saúde, constituído pelas profissões da área da saúde, legalmente sancionadas e sindicalizadas. Na maioria das sociedades, é formado simplesmente pela medicina científica, mas em outras, como a chinesa e indiana, há sistemas médicos tradicionais, profissionalizados. Segundo o autor, esse setor surgiu a partir do conhecimento aprendido e transmitido da experiência da prática do cuidado familiar. Porém, ao longo do tempo, tal conhecimento foi apropriado pela ciência, vindo a se distanciar e se fechar como um saber inacessível e hermético aos leigos.

A questão da higiene, tanto pessoal quanto da moradia, colocada por Margarida como algo muito importante para a preservação da saúde, não pode passar despercebido à pesquisadora, pois que remete seu raciocínio para as características do ambiente no qual nossa amiga trabalha. Para ela, gostar de andar "bem limpa" pode ser uma forma de expressar sua prática de promover a própria saúde, mesmo ficando exposta continuamente a um ambiente potencialmente desfavorável como o da lavanderia. Isso fica mais fácil de ser entendido a partir de sua observação: *"Tomo sempre o meu banho antes de ir para casa."* É como se estivesse dizendo que lugar de sujeira é na lavanderia, não em sua casa.

De fato, Margarida tem uma aparência limpa, tanto no corpo quanto nas roupas que normalmente veste. Esse é um comportamento que pode ser culturalmente explicado em alguns grupos sociais para os quais a higiene pessoal representa um fator importante a ser devidamente observado, tanto para a promoção e manutenção de hábitos saudáveis de vida quanto para o adequado convívio social. É um comportamento geralmente observado naquelas pessoas que buscam apoio junto ao setor informal de saúde que, segundo Kleinman (1980), reflete o cuidado que é naturalmente desenvolvido por elas ao longo de suas vidas. É entendido como uma matriz que tem vários níveis: individual, familiar, social, religioso e coletivo.

De acordo com Helman (1994), o setor informal de saúde é também conhecido como uma estratégia ou alternativa que absorve as terapias leigas, nas quais se realizam todos os tratamentos envolvendo remédios herbóreos,

medicamentos industrializados, dietas especiais, manipulações corporais, injeções e sangrias, geralmente ocorrendo atrás de rituais privados ou públicos.

Explica ainda que se trata de uma alternativa terapêutica que contempla o campo leigo, não-profissional da sociedade. Geralmente inclui um conjunto de crenças sobre a conservação da saúde, entendidas como uma série de normas, específicas para cada grupo cultural sobre o comportamento mais adequado para a prevenção de doenças em si e nos outros. As normas orientam a maneira "correta" de comer, beber, dormir, vestir-se, trabalhar e conduzir a vida em geral, a fim de manter-se saudável. Inclui, também, o autotratamento ou automedicação, o tratamento recomendado por um parente, amigo, vizinho ou colega de trabalho, ou a consulta a outra pessoa leiga que tenha experiência específica em uma desordem particular.

Helman (1994) identifica a alternativa informal como um fator cultural que assume especial relevância para os profissionais de saúde, tendo em vista a sua importância no planejamento e execução da assistência. Portanto, pode-se deduzir que essa alternativa constitui o cenário no qual os leigos são os únicos personagens, e a cena mostrada é a cultura popular. O paciente, sua rede social, particular e a família são os atores principais de uma experiência na qual os remédios tradicionais e os ensinamentos dos mais velhos se perpetuam por gerações numa dada cultura.

Tradicionalmente, a alternativa informal é a primeira opção de auxílio encontrada pelas pessoas quando buscam cuidados de saúde. Mesmo quando

essas decidem buscar auxílio no setor profissional de saúde, o fazem baseadas nas orientações de conhecimento e valor da cultura popular.

Dessa forma pode-se dizer que o fato de Margarida observar uma alimentação equilibrada, a higiene do próprio corpo, da moradia e do vestuário pode, de certa forma, demonstrar que a mesma elege distintas maneiras de cuidar-se, seguramente determinadas por sua cultura.

Também no discurso de outra participante deste estudo, a pesquisadora encontra outras práticas de cuidados de saúde que estão relacionadas tanto com o setor profissional de saúde quanto com o informal. Entretanto, observa que tais práticas estão, acima de tudo, relacionadas com o mundo do trabalho, no qual aquela sobrevive há um bom tempo, e onde se faz necessária a prevenção de agravos á saúde física, conforme a expressão: *"Acho que me cuido bem. Desde o tempo em que trabalhava na limpeza, sempre cuidei para não me machucar e não me contaminar"* (Cravina).

Refere-se, assim, à sua experiência como trabalhadora no serviço de higienização da instituição, fato que antecedeu sua atividade na lavanderia. Naquela ocasião, mencionou, era freqüente a ocorrência de acidentes com seus colegas de trabalho. Evidencia-se que a expressão engloba um leque de conhecimentos e atitudes sobre aspectos preventivos relacionados a possíveis ferimentos ou contaminações oriundas do ambiente de trabalho. Tal conhecimento certamente é influenciado pelas normas de serviço da instituição, que prevêem treinamentos específicos para seus funcionários. Entretanto, somente isso não basta para evitarem-se acidentes no trabalho. Faz-se necessária a mudança de

comportamento do trabalhador em prol da saúde. Nesse caso, Cravina demonstra um comportamento favorável, comprometido com a própria saúde, o que, certamente, representa um modelo para os demais trabalhadores.

Seu discurso é coerente com a imagem física que projeta, qual seja, de uma mulher de meia-idade, com aparência bem cuidada quanto aos aspectos de higiene e vestuário. O corpo mantém harmonia entre peso e altura, e a face é embelezada por uma discreta maquiagem que se associa ao cabelo tratado e ao uso de brincos nas orelhas, o que lhe confere um semblante alegre e agradável. Veste uniforme limpo e adequado às atividades que executa, assim como calçados apropriados ao ambiente de trabalho. O uso constante de luvas protetoras é forte indício do seu "bom" cuidado e da intenção de evitar doenças. Percebe-se que Cravina busca cuidar-se a partir da observação de práticas preventivas que refletem um comportamento adquirido capaz de desenvolver suas aptidões e habilidades necessárias para o autocuidado.

Já uma outra participante do estudo, que, como Margarida, também é hipertensa, afirma: "*Sem saúde, nada se consegue.*" Trata-se de Cravo. Para essa, manter uma rotina adequada ao controle do dano, observando uma alimentação equilibrada, o uso regular de medicamentos e a realização de revisões médicas periódicas representa a utilização de estratégias importantes para manter-se saudável. Tais estratégias são buscadas junto ao setor profissional de saúde. Entretanto, Cravo também busca auxílio no setor informal, conforme se percebe em suas palavras: "*Uso chá para tudo. Minha mãe me ensinou.*"

A menção do uso de chás para a cura das doenças, principalmente daquelas mais conhecidas pela população, é fato bastante comum entre as pessoas de determinados grupos sociais, nos quais a cultura popular transmite o saber do senso comum, ou saber popular. Esse saber orienta e revigora comportamentos, faz a pessoa participar de crenças, contribuindo assim para a perpetuação de um universo simbólico. Tal universo faz parte da vida de todo homem. Nele estão latentes os conhecimentos transmitidos pelas gerações antepassadas.

Na sociedade brasileira, é comum encontrarem-se famílias que preservam formas tradicionais de cuidar-se. A utilização de raízes, folhas e frutos sob a forma de infusão é uma prática culturalmente padronizada e aceita pela maioria dos brasileiros.

No caso de Cravo, identifica-se que sua intimidade com a terapêutica de cura através do uso de chás está relacionada com a crença religiosa que professa, a Umbanda e, sobretudo, com suas origens, uma vez que se autodefine como herdeira da mãe no que diz respeito ao conhecimento de rituais de cura. Dessa forma, Cravo demonstra ser um agente de cura que está também ligado culturalmente a um outro setor de assistência à saúde, no qual, segundo Helman (1994), existem determinadas pessoas que são reconhecidas como especialistas em métodos de cura que podem ser sagrados, seculares, ou uma combinação de ambos. Trata-se da alternativa popular que, segundo o autor, também representa um fator cultural importante na decisão das pessoas em relação às práticas de cuidados de saúde. É nela que se encontram os curandeiros populares, que não

fazem parte do sistema médico oficial, mas que ocupam uma posição intermediária entre a alternativa informal e a profissional.

De acordo com o autor, os curandeiros populares compartilham os mesmos valores culturais e visões de mundo das comunidades em que vivem, incluindo suas crenças sobre a origem, significado e tratamento das doenças.

Assim, encontram-se, nessa alternativa, aquelas pessoas reconhecidas pela população como detentoras de um saber secular sobre as mais variadas práticas de cura. Práticas essas que compreendem desde o uso de ervas medicinais pelo "chazeiro" até o manejo do esqueleto pelo "arrumador de ossos", passando, sem dúvida, pelas orientações específicas da "curiosa" às mulheres gestantes, para que tenham uma "boa hora" por ocasião do parto.

Também fazem parte deste universo de conhecimento popular aquelas pessoas que têm uma certa intimidade com o sobrenatural, pois que, possuidoras de um "dom especial", são capazes de curar doenças físicas ou espirituais através de rituais terapêuticos que buscam sintonia com o mundo espiritual. São conhecidas em muitas comunidades como curandeiras espirituais, pessoas que detêm um conhecimento respeitado e culturalmente aceito entre seus membros.

Outro dado importante constatado no discurso de Cravo é a atenção que dedica ao lazer como forma de cuidar-se. Isso se resume a freqüentar festas, ouvir música, dançar, passear com a família e visitar amigos e parentes. Essa atitude parece coerente com suas palavras: "*Em primeiro lugar a minha saúde*", pois se verifica que a mesma considera o lazer como forma de prevenir doenças e até

mesmo como tratamento. São nesses momentos que ela esquece os problemas do cotidiano e alivia o estresse.

A habilidade de Cravo em transitar sem conflito por diferentes itinerários de cura, em busca de cuidados de saúde tanto para si mesma quanto para os outros, é motivo de reflexão para a pesquisadora, que, logo adiante, abre um capítulo no qual dedica uma análise aprofundada a respeito de cuidados realizados por essa mulher.

A importância da compreensão e do respeito às práticas populares de cuidados tem sido recomendada por enfermeiras pesquisadoras, que estudaram a questão do cuidado junto a grupos específicos de pessoas, como Monticelli (1994) e Budó (1994).

Monticelli (1994) acompanhou em seu estudo as vivências de duas famílias por ocasião do nascimento de um de seus membros e encontrou o predomínio de tais práticas, como o uso do chá de erva-doce para amenizar a cólica intestinal do recém-nascido, ou a observação do resguardo de 40 dias para a mulher que deu à luz, como um período em que não pode molhar a cabeça.

Budó (1994), ao realizar recente estudo junto a uma comunidade de italianos, observou que, de forma geral, as famílias se cuidavam utilizando informações provenientes do setor profissional e do popular de saúde. Porém identificou que um vasto número dessas informações representava a associação de cuidados culturalmente aprendidos pela tradição familiar, constituindo um

repertório de terapias caseiras fartamente utilizados pelos membros daquele grupo social.

Existe uma variedade muito grande de práticas populares de cuidados que são conhecidas pela maioria dos profissionais de saúde e, inclusive, por essas realizadas. Qual já não usou um chá de erva-cidreira para afastar a insônia, ou de marcela para acalmar o desconforto gástrico? Qual já não procurou o descanso numa cama aconchegante e quentinha para curar-se do resfriado? É difícil encontrar-se alguém que não tenha vivenciado uma dessas situações, principalmente sendo brasileiro e vivendo na região Sul. Portanto, como não valorizar tais práticas de cuidado quando realizadas por aqueles que os procuram?

Ainda em busca do como as trabalhadoras cuidam de sua saúde, a pesquisadora encontra no discurso de Azaléia alusão a uma abordagem holística em relação a sua prática de cuidado, quando essa menciona cuidar do corpo e do espírito para manter-se saudável: *“Cuido do corpo com ginástica, porque fico muito tempo em pé. Cuido do espírito, faço meditação. Cuido do meu ‘eu’”*.

Nessa expressão percebe-se nitidamente a relação estreita que Azaléia procura estabelecer entre o físico e o espiritual, devido certamente à compreensão que tem de saúde, na qual a pessoa é entendida como um todo.

Na concepção holística, o ser humano é indivisível, é dinâmico, relaciona-se com o meio ambiente através de um sistema de trocas de energias. A energia

universal vital que mantém todos os organismos vivos permeia o espaço e se concentra em torno de tudo o que está vivo.

Segundo Waldow (1998), *“o ser humano é um padrão ou uma forma localizada de interação energética dentro de vários campos universais de energia”* (p. 30).

A complexidade da interação entre os vários campos energéticos pode ser entendida pela noção de frequência resgatada da física. Assim, o ser humano é um sistema de energia complexo, capaz de vibrar em várias frequências de energia relacionadas com os campos energéticos: físico, etérico, emocional e mental.

Através da técnica de meditação, a pessoa tem condições de realizar trocas energéticas entre esses campos, com a finalidade de manter sua integridade, compreendida como corpo, mente e espírito e alcançar, assim, um estado de harmonia vital, entendido como fundamental para sua relação com os outros e, acima de tudo, consigo mesma.

A utilização da meditação como prática de cuidado de saúde por parte de Azaléia demonstra sua capacidade de cuidar-se de uma forma autônoma, o que evidencia um compromisso de autoconhecimento, conforme deixa claro na expressão: *“cuido do meu ‘eu’”*.

Sua busca de equilíbrio entre espírito e matéria pode representar seu esforço de auto-aprendizagem no processo de viver. Sua preocupação com a consciência de si mesma vem corroborar esse esforço.

Ao aprofundar a análise das falas sobre a questão do próprio cuidado, a pesquisadora depara-se com a expressão "cuido bem", emitida pela maioria das participantes deste estudo. Procura-se compreender o significado da mesma. Procura-se relacioná-la com a pessoa responsável por sua emissão. Identificam-se Margarida, Cravina, Cravo e Azaléia. Mulheres que atribuem um adjetivo qualificativo ao ato de cuidar-se, procurando, assim, valorizá-lo.

De certa forma, ao evidenciar a noção de qualidade, agregando-a à sua prática, essas mulheres estão enaltecendo sua condição de cuidadoras, capazes de realizar ações que representam um bom cuidado de saúde.

Exceto para uma participante, encontram-se neste estudo pessoas que expressam claramente seu compromisso de cuidar-se, objetivando, dessa forma, a preservação da saúde como um bem maior a ser alcançado para manter uma vida digna, tanto para si próprias quanto para seus afetos. Conseqüentemente, identificam-se mulheres comprometidas com a vida, como Cravina, que diz: *"A vida é boa se a gente tem saúde. Em cima de uma cama, não dá.. Não tenho medo da morte; tenho do sofrimento."* Ou como diz Margarida, para quem *"a vida é boa, mas, se a doença existir, então não é vida"*. Ou ainda, para Azaléia, para quem *"a vida é cheiro, calor, abraço, toque"*, conforme as palavras que saem de sua boca acompanhadas de um sorriso.

Compreende-se assim que a expressão "cuido bem", significa prática para viver uma vida melhor, prática peculiar àquelas pessoas que conhecem o amor.

6.2 A mulher como cuidadora da família

Em nosso país, a palavra "família" é bastante significativa e faz parte do vocabulário da maioria das pessoas, porém seu significado é variado. De acordo com Woortmann (1987), na cultura brasileira, "família" pode significar a família doméstica, isto é, pessoas com laços de parentesco, que constituem um grupo doméstico e que moram na mesma casa. Pode significar, também, um conjunto de parentes, primariamente consangüíneos que constituem o círculo interior ou uma rede de parentesco, ou ainda, a árvore genealógica.

Segundo Prado (1985), a família não é um simples fenômeno natural. Ela é uma instituição social, variando através da história e apresentando formas e finalidades diversas numa época e lugar, conforme o grupo observado. No Brasil, a família se organiza de diferentes formas. A família nuclear é aquela composta do casal e seus filhos. Família extensa é aquela na qual várias gerações convivem no mesmo espaço. Famílias alternativas ocorrem sob variadas circunstâncias: casamento experimental, entendido pela união de duas pessoas que só é legalizada após o nascimento do primeiro filho, ou família de homossexuais, com filhos adotivos ou resultantes de união anterior.

De acordo com Helman (1994), em quase todas as culturas, a maior parte da atenção primária à saúde ocorre dentro da família e, no setor informal, os principais responsáveis pela assistência à saúde são, em geral, mulheres nos papéis de mães ou avós. Assim, analisa que a família, especialmente a estrutura familiar, representa um fator cultural que influencia o comportamento das pessoas

na questão da saúde, principalmente naquilo que diz respeito aos desequilíbrios com a mesma.

O grau de interação, de união e apoio mútuo entre os membros de uma família representa algo positivo para a solução de seus problemas. Na família estão concentradas as decisões que dizem respeito aos fenômenos saúde e doença.

Assim, ao dar continuidade aos encontros com as mulheres integrantes deste estudo, a pesquisadora introduz a questão do cuidado com a saúde dos membros das respectivas famílias através da pergunta:

Como você cuida de sua família?

Mais uma vez, a investigação é centrada em conhecer como essas mulheres cuidam, procurando identificar o que fazem para cuidar e, ainda, descobrir as razões que as levam a cuidar de seus familiares.

Eu cuido bem da minha família. Cuido de meu marido, que é hipertenso, de meus filhos e de um neto que crio. Em função de cuidar dos outros, falta tempo para mim (Rosa).

Família é a base da sociedade. Cuido bem da família, pois me preocupo com eles mesmo aqui no serviço (Azaléia).

Cuido de todos, até dos outros que não são da família (Cravo).

A pesquisadora identifica através das falas que cada mulher estabelece uma significativa relação com o cuidado como um campo de seu domínio.

De certa forma, isso pode ser entendido como um fato "natural" no universo feminino, pois a ação de cuidar sempre esteve presente na história das mulheres e, conseqüentemente, na própria história da humanidade.

Durante muito tempo, de acordo com Collière (1986), em algumas sociedades, era a mulher que detinha o conhecimento das práticas de curar e de cuidar. Enquanto o homem primitivo buscava se organizar em pequenos grupos e saía em busca de alimento, cabia à mulher realizar aquilo que lhe garantiria a sobrevivência e a perpetuação da espécie. Na realidade, o cuidado com a doença e a preservação da saúde nasceu como prática milenar no âmbito doméstico e privado das mulheres.

Para a autora, o cuidar estava associado às atividades que garantissem a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, tais como comer, amamentar, vestir e educar. O curar estava associado à natureza, por meio da utilização de plantas, frutos, raízes, sementes, ou da observação de fenômenos como mudanças da lua, ventos, marés ou estações.

Segundo Pires (1989), a história demonstra que, por serem as provedoras de cuidado e entendidas na arte de curar, as mulheres eram chamadas de sábias pelo povo e de bruxas pelos médicos, pela Igreja e pelos poderosos.

Neste estudo, a pesquisadora não pôde conviver com grandes sábias ou com reconhecidas bruxas dos tempos passados. Convive, sim, com gente simples

e anônima. São mulheres trabalhadoras, extremamente preocupadas com o bem-estar de seus familiares. Todas, de alguma forma, manifestam o papel de cuidadoras da família, quer seja oferecendo a seus afetos a prática de cuidado obtida junto ao sistema oficial de saúde, quer seja através de outras formas de cuidar que, possivelmente, retratem a dinamicidade e a complexidade da visão de mundo de cada uma, como pode-se evidenciar na fala de Azaléia: *"Fui mãe aos 15 anos, não sabia nada. Hoje tenho meus dois filhos casados e meus netos a quem ensino tudo o que sei."*

Quando tinha os filhos pequenos, Azaléia contou com a ajuda da mãe e da sogra para cuidá-los. Agora que é avó, transmite para seus familiares aquelas informações que fazem sentido no seu universo cultural. Assim, sua forma principal de cuidar da família é através de orientações simples, voltadas para a preservação da saúde, conforme diz: *"Dou orientação, ajudo, mas não medico. Não gosto nem de dar aspirina. Quando alguém está doente, levo para o médico."*

Ao contrário de Azaléia, que procura recurso médico para atender os problemas de saúde de seus familiares, Rosa manifesta clara simpatia pela automedicação: *"Se o guri não está bem, fico atenta para saber o que é. Assim posso dar o remédio"*, diz, referindo-se ao neto. Acrescenta que é costumeira a troca do medicamento anti-hipertensivo usado pelo marido por outro que faça o mesmo efeito.

A prática de cuidado de saúde no interior do universo familiar é geralmente realizada através do uso de medicamentos não prescritos, isto é, da automedicação. Essa é utilizada com maior frequência nas situações de febre,

dor-de-cabeça, indigestão e dor de garganta. Assim, a família, compreendida como parte de uma extensa rede terapêutica, tem enorme influência nas formas de cuidar. Geralmente, a família mantém a sua farmácia caseira para um imediato atendimento daqueles distúrbios mais conhecidos e sobre os quais já possui uma experiência acumulada.

De modo geral, a maioria das famílias entende que as doenças infantis são normais, próprias do desenvolvimento da criança e as trata em casa, através de remédios familiares como chás, analgésicos, dietas com alimentos leves e outros cuidados. Somente quando o conjunto de sintomas se aproxima do que elas consideram mais grave, buscam a assistência médica.

Independente das formas encontradas por Azaléia e Rosa para manifestarem cuidado a suas famílias, não se pode dizer que essas mulheres não são cuidadoras. Entende-se que o são. Observa-se que, ao orientarem ou oferecerem uma aspirina ao familiar com problemas de saúde, estão realizando uma prática de cuidado. Talvez não tão significativa quanto a experiência vivida por Cravina, conforme se percebe em seu relato: *"Cuidei do meu filho que se acidentou, durante muito tempo. Era noite e dia... direto. Sempre junto. No hospital, ajudava no banho, dava a comida, conversava... Tive muita força espiritual."*

Nesse depoimento, Cravina se refere ao episódio ocorrido há dez anos atrás, no qual seu único filho sofreu um acidente automobilístico, ficando hospitalizado por muitos meses. Posteriormente, já em casa, necessitou de muitos cuidados, tendo em vista as seqüelas resultantes do trauma.

Cravina cuida de todos na família, afirmando: *"Minha família é eu, meu filho e meus netos. Cuido de todos. Preparo chás para todos lá em casa. Dou remédio também, mas só para a febre das crianças... mas levo sempre ao médico. Procuo força espiritual na Umbanda. Acho que ela ajuda o médico. Dou apoio, converso, meu filho precisa..."*

Demonstra, dessa forma, compreender que o cuidado é algo mais complexo do que o fato de atendê-los na situação da doença. É algo que envolve verdadeiramente uma ação interativa e intencional. É, acima de tudo, algo imprescindível no seu cotidiano, como já foi evidenciado em falas anteriores.

Assim, a capacidade de ser cuidadora de si, responsável, em certa medida total ou parcial por seu próprio cuidado, é estendida aos outros como um compromisso ético.

O comportamento de nossa amiga Cravina é, de certa forma, semelhante àquele que atualmente é esperado das enfermeiras. Nas duas últimas décadas, varias pesquisadoras internacionais e nacionais, como Leininger (1991) e Waldow (1993), têm apresentado estudos que apontam debates e novas abordagens epistemológicas, ontológicas e culturais para o cuidar e o cuidado na enfermagem. No momento atual os espaços profissionais da academia e do serviço estão abertos para reflexões sobre o assunto.

Em sua mais recente publicação, Waldow (1998) sinaliza o cuidar como um processo que envolve comportamentos e ações, baseados em valores e no conhecimento, habilidades e atitudes da pessoa que cuida. Esse processo é desenvolvido visando propiciar o crescimento e favorecer as potencialidades

daquele que é cuidado, no sentido de melhorar sua competência para evoluir no processo de viver e de morrer. Disso resulta o cuidado.

Diante do exposto concorda-se com Cravina, quando essa se autodefine como cuidadora e quando atribui julgamento ao próprio ato de cuidar, afirmando: "*Cuido bem.*" Pode-se, assim, entender um pouco mais sobre essa mulher que, mesmo não tendo compartilhado sua vida com os parentes consangüíneos, conforme diz: - ..."*Não conheci pai, mãe, nem tios, não tive família*" - é capaz de mostrar-se capacitada para o cuidado e a valorização de hábitos e atitudes que são preservados fundamentalmente pela família.

Cravina menciona que é "*cuidadora de todos*", pois ainda hoje é a primeira pessoa que atende o filho e os netos quando esses estão com algum problema de saúde. Além disso, outro fato marcante para essa autodefinição é o de ser a provedora de recursos materiais para todos, através da cobertura de despesas com habitação, alimentação e, principalmente, ser a responsável pela educação dos netos.

Observa-se que a mesma tem uma percepção ampliada e complexa do ato de cuidar, que contempla uma relação de ajuda, de apoio a seus afetos. Atenção e carinho também estão presentes em suas palavras quando diz: "*O cuidado com as crianças é todo comigo. Cuido da alimentação, da ida para a creche, da educação. Lavo e passo as roupas. Ensino a higiene para eles. Ensino a rezar e a respeitar pai e mãe.*"

Os elementos atenção e carinho podem ser analisados como qualidades da cuidadora. Porém, entende-se que Cravina agrega a esses a responsabilidade de

desenvolver em seus netos atitudes morais como respeito aos mais velhos, talvez no intuito de preservar a relação familiar, mas, certamente, com a intenção de propiciar-lhes condições para um crescimento equilibrado como pessoas, integrando-as ao mundo dos adultos. Tal responsabilidade mantém relação íntima com a transmissão de seus valores culturais, crenças e padrões de comportamento através de seu estilo de cuidar. Estilo este que contempla a responsabilidade de educar os netos no sentido da socialização dos mesmos, de modo a permitir-lhes a convivência no seu grupo social.

A socialização é o processo pelo qual uma pessoa aprende os significados culturais, crenças, valores e padrões de comportamentos capazes de inseri-la num determinado contexto social, segundo Laraia (1996).

É através da herança cultural que os conhecimentos de um determinado grupo social são transmitidos de geração a geração. A transmissão de conhecimentos acontece em função do contexto social, da cultura e dos valores que permeiam uma determinada sociedade, num momento histórico específico.

Primeiramente, na sociedade moderna, é a família que se responsabiliza por desenvolver o processo de socialização da criança, através da transmissão do conjunto de hábitos culturais que orientam as normas de conduta de seus membros. Geralmente, cabe ao pai e à mãe o compromisso de ensiná-lo aos filhos. Houve época em que tais ensinamentos cabiam às pessoas mais velhas da família, quase sempre os avós. Dessa forma, a família reproduz um conjunto de normas e regras sociais que fazem parte da cultura de uma determinada sociedade, criando um verdadeiro círculo cultural entre as gerações.

Assim sendo, a pesquisadora procura compreender por que Cravina faz questão de evidenciar o fato de ser a responsável pelo cuidado com os netos. Percebe-se que o mesmo se fundamenta na forma como sua família está organizada e, principalmente, na liderança que a mesma exerce sobre o filho e a nora. É que essa não é a mãe biológica das crianças. Passou a viver com seu filho há pouco tempo. Cravina não a reconhece como pertencendo à família, porém não impede a sua permanência no mesmo espaço. Outra situação que merece registro é o fato de que todos moram juntos na casa que é de sua propriedade.

Dessa forma, diante da situação do filho, conforme explica - "*...ainda tem problemas, por causa da batida da cabeça. Ele esquece das coisas.*" - e diante da relação que mantém com a companheira desse, percebida na expressão - "*Ela lá... eu cá*" - não é de causar surpresa o fato de Cravina ter tomado para si a responsabilidade de cuidar dos netos, preparando-os para o mundo.

Diante disso, a pesquisadora lança um olhar culturoológico sobre o discurso de Cravina, no sentido de focalizar algumas nuances do seu universo familiar relacionadas com sua organização. Focaliza que sua família pode ser identificada como do tipo extensa, de acordo com a proposta de Prado (1985), na qual desempenha um papel privilegiado, não só como mãe, avó e provedora, mas sobretudo, como cuidadora.

Para Helman (1994), as características da estrutura familiar que determinam as famílias nucleares ou extensas, bem como a responsabilidade pela educação

de crianças, pela provisão de alimentos e habitação, são aspectos importantes que necessitam uma aguçada avaliação por parte dos profissionais de saúde.

Compartilha desse ponto de vista a pesquisadora Bonilha (1997), que, ao estudar a questão do cuidado prestado às crianças de baixo peso, vivendo numa vila na periferia de Porto Alegre, observa que a família representa a rede de suporte básico para a sobrevivência de seus membros.

Por ocasião do estudo realizado, a autora encontrou famílias extensas que se caracterizavam por laços de parentesco entre as gerações e, principalmente, pelo fato de residirem no mesmo espaço geográfico, representado por uma área de terra na qual foram construídas habitações destinadas aos novos núcleos familiares que surgiram a partir do núcleo original. De uma forma geral, observou nas famílias estudadas que os homens eram os provedores de recursos materiais, ao mesmo tempo que lideravam a relação familiar. Entretanto, percebeu que eram as mulheres as responsáveis pela busca de orientação sobre os cuidados com as crianças, quer junto aos profissionais de saúde, quer junto às outras mulheres da família.

Segundo Bonilha (1997), essas famílias tinham características de verdadeiros espaços de aprendizagem, nos quais as mães encontravam auxílio quanto as suas dúvidas e, principalmente, validavam as orientações recebidas dos profissionais. Assim, a autora salienta que a forma como aquelas famílias se estruturavam representou um fator decisivo na determinação do cuidado que as mães ofereciam a suas crianças nascidas com baixo peso. Portanto, o conhecimento do contexto no qual as crianças estavam inseridas foi de

fundamental importância para tornar exequível a sua proposta de orientar aquelas famílias sobre os cuidados necessários aos recém-nascidos com comprometimento nutricional.

No presente estudo, a pesquisadora também encontra relação entre os cuidados de saúde realizados por suas participantes e a forma de estruturação de suas respectivas famílias. Identifica que, assim como Cravina, as trabalhadoras Rosa, Cravo e Margarida também lideram famílias extensas, nas quais desempenham o papel fundamental de principais provedoras de recursos materiais, ao mesmo tempo que são mães, esposas e avós. Representam o porto seguro no qual seus familiares encontram apoio e segurança.

De certa forma, isso tudo reforça o fato de que as mulheres deste estudo se autodefinem como cuidadoras de suas famílias. Até mesmo Azaléia, que não reside na mesma casa com os netos e nem é a principal provedora da família, pode se enquadrar nessa definição, haja vista que, assim como as demais companheiras, também assume seu papel de avó responsável por ensinamentos que, certamente, lhe conferem uma posição de destaque junto aos familiares.

Percebe-se, assim, que são mulheres fortes e decididas, que, ao assumirem a responsabilidade de alimentar, educar, proteger ou cuidar de seus netos, reafirmam o compromisso com a preservação de valores e princípios comuns ao seu universo sócio-cultural, como já havia acontecido na época em que criaram seus filhos.

De acordo com Helman (1994), a cultura familiar é muito similar à grande sociedade, pois envolve também a transmissão de um conjunto de princípios, os

quais orientam as pessoas na sua maneira de ver e estar no mundo, embora possuam determinados aspectos distintos.

Concordando com o autor, a pesquisadora observa que essas mulheres podem ser consideradas como verdadeiras guardiãs de suas próprias culturas. Exemplo disso é nossa amiga Cravo que, ao se autodefinir como "responsável por todos", manifesta preocupação em preservar crenças, princípios e valores próprios de seu grupo cultural.

Menciona que é reconhecida por esse grupo como a responsável por uma grande família. Família esta que compreende seus parentes consangüíneos e também outras pessoas como amigos, vizinhos, irmãos e filhos de religião. O traço comum que interliga a vida de seus membros é a confiança que depositam em Cravo, tendo em vista sua performance como líder religiosa umbandista, responsável por orientações e tratamentos que visam soluções para os desequilíbrios de todos.

A pesquisadora segue estendendo seu olhar culturoológico sobre as informações obtidas ao longo do tempo em que conviveu com as integrantes do estudo. Encontra a avó Margarida também desempenhando um papel privilegiado junto a seus familiares. Ela se identifica como cuidadora e principal provedora da família, conforme diz: *"Nunca deixo faltar nada para ninguém."*

A maioria das mulheres hoje em dia, principalmente entre famílias de trabalhadores, compartilha com seu companheiro os compromissos financeiros, sem deixar de lado a responsabilidade de cuidar, de alguma forma, de seus membros. No caso de Margarida, hoje viúva, este compartilhar despesas acontece

com o filho. Dividem a mesma casa na companhia do único neto, porém não dividem o cuidado. Esse é só seu, conforme afirma: *"Cuido de todos."*

Margarida expressa-se com muita segurança, confirmando assim o seu papel de cuidadora, preocupada com aspectos simples do cotidiano, tais como alimentação e higiene para preservar a saúde comum. Porém o que chama atenção é sua experiência de cuidar, conforme suas palavras: *"Cuidei do meu marido que ficou muito doente. Era fumante. Nos últimos tempos, tinha dificuldade para respirar. Morreu fraquinho, mas eu cuidei até o fim."*

Percebe-se muita dedicação nesse relato. Observa-se que, mesmo no momento atual, quando as pessoas tendem a valorizar o individual, o núcleo familiar continua sendo de incontestável importância nos momentos de dificuldades, principalmente se essas refletem a ocorrência de doença e a perda de afetos. A mulher ganha destaque em tais situações no contexto familiar, ao tomar para si o cuidado com os membros da família.

Na situação relatada, o cuidado consistiu, segundo Margarida, em providenciar para o marido a assistência de saúde especializada e o tratamento com medicamentos. Entretanto, para a pesquisadora, tal cuidado representou muito mais. Representou um ato de amor dessa mulher para com seu semelhante, ao compartilhar com ele os sentimentos de insegurança e ansiedade diante da doença e da morte. Fragmentos de conversas obtidos ao longo do período em que a pesquisadora conviveu com Margarida contribuem para essa impressão: *"Tinha noites que eu nem dormia; porque ele não respirava bem. Às vezes, ele nem podia comer... de falta de ar"*.

Percebe-se que o amor e a dedicação se fizeram presentes nesses momentos de sua vida, conforme se depreende de suas palavras. Percebe-se também que o cuidado oferecido ao esposo é coerente com sua fé cristã que a faz acreditar ter cumprido uma nobre missão. Naquela ocasião e ainda hoje, conta com a ajuda de Deus para cuidar de seus familiares, de acordo com sua afirmação: “*Sou católica*”. *Deus sempre me ajuda a cuidar*”.

Observa-se, pois, que Margarida oferece a seus afetos uma forma de cuidar que, embora pareça simples e até mesmo ingênua, está impregnada de valores próprios de sua herança cultural.

6.3 A religiosidade e as formas de cuidar

Diferentes formas de cuidar objetivando a cura foram apreendidas nas falas das participantes do estudo, porém algumas chamam a atenção, pois permitem identificar a religiosidade como um fator cultural em sua concepção.

De acordo com Helman (1994), esse fator trata da religiosidade dos grupos sociais. Essa é caracterizada por uma visão de mundo coerente e reforçadora do comportamento social, moral e cultural do grupo. Envolve a realização de práticas de devoção como festas comunitárias, rezas e cantos; rituais de privações, flagelações, celebrações; atos de caridade e outras práticas pertinentes à concepção religiosa e aos valores de determinadas sociedades.

Para Geertz (1989), a relação significativa entre os valores que determinado grupo social conserva e a ordem geral da existência dentro da qual ele se encontra é um elemento essencial em todas as religiões, independente de como esses valores ou essa ordem são concebidas. Dessa forma, segundo o autor, a religião pode representar uma tentativa implícita e diretamente sentida de *"conservar a provisão de significados gerais em termos dos quais cada indivíduo interpreta sua experiência e organiza sua conduta"* (p. 144).

Essa provisão de significados pode ser entendida como a ação individual de manter junto a si símbolos religiosos: uma cruz, um terço, a imagem de um santo, um colar de miçangas coloridas ou uma figa. Tais símbolos, ressignificados em rituais religiosos, podem representar a compreensão que o indivíduo tem do mundo e a maneira como deve comportar-se para estar nele.

Tomando por referência os estudos de Helman (1994) a respeito de cultura e teorias leigas sobre a etiologia das doenças, encontramos que, para alguns grupos sociais de origem norte-americana, a doença está vinculada ao sagrado. É considerada uma ação de punição divina para aqueles cujo comportamento é negligente diante de Deus. A cura é obtida através da religião e exige, de parte do crente, o reconhecimento do pecado, o remorso por tê-lo cometido e o juramento de modificar o comportamento para não sofrer novas reprovações divinas.

Essa relação de causa-efeito está muito próxima do vivenciado em algumas religiões professadas no Brasil, nas quais seus devotos atribuem os problemas de saúde à "vontade de Deus", ou ao "destino."

Segundo Helman (1994), para alguns grupos sociais de origem africana, as doenças são atribuídas à ação de espíritos maléficos que atacam o corpo do indivíduo, independente de sua conduta moral ou social para com o sagrado. Essa forma de possessão espiritual recebe um tratamento religioso de cura que visa à expulsão do espírito invasor do corpo da vítima. Tal tratamento pode ser realizado através de rituais e práticas culturalmente compreendidas e aceitas pelo grupo.

Percebe-se que a partir da compreensão das origens da doença em dadas culturas e da valorização que determinados grupos sociais atribuem à saúde, a noção de promovê-la ou preservá-la pode estar intimamente relacionada com as formas encontradas para obtê-la.

Assim, pode-se interpretar que a religiosidade e a saúde, além de se constituírem em elementos indispensáveis da cultura e sobrevivência dos grupos

sociais em geral, estão intimamente ligadas entre si. A religiosidade, além de encontrar-se historicamente incorporada ao *ethos* cultural do indivíduo, constituindo-se num dos principais elementos da sua visão de mundo, traduz-se também numa estratégia para a busca da saúde através do tratamento religioso das doenças. Esse pode representar todo um aparato de práticas que visam à cura de doenças e à preservação da saúde. No entanto, tais práticas precisam estar de acordo com a concepção de saúde desenvolvida pela pessoa, a qual, na maioria das vezes, é diferente ou, pelo menos, segue uma outra lógica que se distancia daquela vigente nos serviços de saúde. Esse é um dos fatores que pode explicar a ineficiência de alguns programas oficiais de educação em saúde desenvolvidos por profissionais da área.

Por ocasião do encontro no qual foi lançado ao grupo a questão dos cuidados com a saúde da família, querendo explorar como aquelas mulheres cuidavam de suas famílias e, principalmente, o que faziam para cuidá-las, surgiu a menção às práticas religiosas de cuidados. Tais práticas têm origem na religião que cada uma acredita e pratica. Suas falas estão impregnadas de valorização da religiosidade como estratégia para alcançar a cura, tanto dos desequilíbrios físicos quanto dos psicológicos.

A religiosidade justifica os cuidados de saúde praticados por elas junto às famílias e consigo mesmas, como se percebe no relato de uma das participantes do estudo: *"Deus é quem cuida. Sou católica, vem de berço. Sempre peço Sua ajuda. Acho que Deus me ajuda a cuidar porque sempre vou à missa e peço proteção para todos"* (Margarida).

Na fala de Margarida apreende-se muito claramente o valor que a mesma atribui à religião, quando enfatiza: "*Sou católica, vem de berço*". Procura, dessa forma, deixar claro que faz parte de uma cultura familiar em que o catolicismo é respeitado e praticado por seus membros.

A expressão "católica", substantivada por Margarida, diz respeito, nesta análise, mais a uma condição sócio-cultural-religiosa pela qual a mesma foi introduzida nos ritos sacerdotais da Igreja Católica - batismo, primeira comunhão e matrimônio - os quais mantêm uma série de práticas de devoção ligadas aos santos reconhecidos pela instituição, assim como à sua participação na liturgia oficial.

Quando Margarida afirma que participa da missa "*sempre*", está dessa forma demonstrando ser uma devota fiel que, ao cumprir esse ritual, procura tornar-se merecedora dos poderes divinos.

Em nossas relações sociais, familiares ou profissionais, facilmente encontramos pessoas que se dizem católicas, porém vivem o catolicismo como uma crença quase formal, sem freqüentar a igreja regularmente. A religiosidade e a fé são reconhecidamente importantes para a maioria, mas, aparentemente, a freqüência às práticas religiosas não é valorizada.

Para o devoto do catolicismo, corpo e alma são inseparáveis. A busca de proteção para os estados de insegurança material e espiritual, desordens morais, situações aflitivas, cura de doenças graves está comumente presente no seu agir.

A busca da compreensão do inexplicável e a aceitação do antes impensável está presente no pensamento do católico e esse o expressa através de atos de devoção, como se constata na prece de São Francisco de Assis:

*"Senhor!
 Fazei de mim um instrumento de vossa paz;
 Onde há ódio, que eu leve o amor;
 Onde há ofensa, que eu leve o perdão;
 Onde há discórdia, que eu leve a união;
 Onde há dívida, que eu leve a fé;
 Onde há erro, que eu leve a verdade;
 Onde há desespero, que eu leve a esperança;
 Onde há tristeza, que eu leve a alegria;
 Onde há trevas, que eu leve a luz.
 Ó Mestre!
 Fazei com que eu busque mais;
 Consolar que ser consolado;
 Compreender que ser compreendido;
 Amar que ser amado;
 Porque é dando que se recebe;
 Perdoando que se é perdoado;
 Morrendo que se vive para a vida eterna"* (Assis, 1998)

As preces no catolicismo são permeadas do desejo de aceitação da vontade divina. Essa preocupação espiritual está presente na fala de Rosa, outra participante do estudo, ao relatar emocionada que havia cuidado de sua mãe de criação durante a longa enfermidade que a levou à morte: *"Cuidei de minha mãe com muito carinho, com fé em Deus. Essa doença (referindo-se ao câncer de sua mãe), foi uma provação para mim."*

Aceitar a vontade de Deus, aceitar o sofrimento, a aflição e a insegurança como provação é, talvez, a tarefa mais árdua para o devoto do catolicismo, pois subentende a presença do elemento fé.

A fé condiciona um profundo envolvimento psicológico do devoto na relação intersubjetiva com Deus. E ter fé é acreditar incondicionalmente em Deus e em seus desígnios, entre os quais a própria doença.

Berger assinala que

Toda ordem sagrada é uma reafirmação contra o caos. Em sua ótica, o ser humano, através da religião, é levado a aceitar o sofrimento e até a morte, na medida em que isso possa ter um significado convincente para os momentos cruciais de sua vida (Berger, apud Minayo, 1994, p. 58).

O desejo de aceitação da vontade divina representa, para o devoto católico, a compreensão de que o mundo é regido por um ser superior que domina o bem e o mal e que controla individualmente as pessoas, premiando aquele e castigando esse.

É muito comum entre os católicos a afirmação da fé em Deus, sem que isso implique numa definição rigorosa quanto a uma prática religiosa específica. Em geral, a fé é também percebida como um recurso importante nas horas difíceis, sendo vivenciada sob a ótica de uma religiosidade sincrética, em que aqueles que são formalmente católicos também freqüentam outras práticas religiosas, como, por exemplo, a Umbanda.

Nas palavras de uma outra participante do estudo, consegue-se perceber o movimento mágico do sincretismo religioso. Embora ela mencione ser batizada e ter se casado conforme os rituais do catolicismo, afirma praticar e acreditar na Umbanda como sua religião: "*Sou de religião. Sou uma iniciada na religião desde os meus 18 anos. Tenho a missão de desenvolver meus irmãos de religião*" (Cravo).

A expressão "*Sou de religião*" manifesta por Cravo é uma forma muito própria e peculiar que algumas pessoas empregam para deixar claro ao ouvinte o fato de serem umbandistas, de pertencerem ao universo simbólico da Umbanda e não a outra crença qualquer como as de origem espírita ou pentecostal.

Não se há de ignorar o *status* privilegiado que Cravo detém na liderança religiosa da Umbanda, haja vista sua expressão: "*Tenho a missão de desenvolver meus irmãos de religião*". Fica claro, dessa forma, que a mesma desempenha o papel de mãe-de-santo junto a um determinado grupo de crentes. Papel esse que se soma a seu saber mágico-terapêutico e que lhe determina o poder dogmático de ser uma curandeira espírita.

Montero (1985) define curandeiro espírita como sendo um novo agente terapêutico que substitui o tradicional, visto que esse, diante do amplo processo de urbanização que determina a presença de novas entidades mórbidas, típicas do fenômeno industrial, já não consegue intervir na doença com o seu repertório tradicional de ervas, simpatias e rezas. Para a autora, esse novo agente terapêutico é produzido pelas classes populares em função das imposições da vida urbana e também devido às restrições que a medicina oficial impõe ao exercício da prática do curandeirismo. Nesse, a atuação de raizeiros e benzedeiros está voltada para a supressão de doenças já conhecidas de antemão pela população, para as quais a terapêutica era orientada em função dos efeitos empíricos de ervas e vegetais sobre o corpo humano. O curandeiro espírita, através do ritual terapêutico da Umbanda, passa a trabalhar com o simbólico.

Assim, plantas, ervas e gestos são utilizados pelo seu poder de evocação, pela força mística que representam.

Exemplo dessa utilização está no uso do tabaco com finalidades terapêuticas. No Brasil, o mesmo era empregado sob a forma de fumo de cachimbo a ser mastigado ou bebido pela manhã em jejum, a fim de aliviar a dor nos dentes, ajudar na digestão e evacuação e aliviar o peito do asmático. A terapêutica umbandista também utiliza o tabaco, porém de forma diferente. O médium incorporado por uma entidade sopra a fumaça do cachimbo ou charuto sobre o corpo do suplicante para livrá-lo de seus males. Entidades como caboclos e pretos-velhos têm o cachimbo e o charuto como elementos que os caracterizam e que agem sobre a doença pela sua força mística (Antonil, apud Montero, 1985).

Quando Cravo menciona "*meus irmãos de religião*", certamente está se referindo àquelas pessoas que são adeptas do seu terreiro de Umbanda, onde são identificadas como filhos ou filhas-de-santo. Trata-se, no universo umbandista, de referência a uma espécie de sociedade que se organiza através de uma hierarquia peculiar e da observação de normas rígidas, entre as quais a participação nos rituais da religião e a obediência à liderança do pai ou mãe-de-santo. Esse representa a autoridade maior sobre o grupo de consulentes.

Reflexos da autoridade que Cravo certamente detém junto à sua comunidade de consulentes podem ser detectados ao observar-se seu relacionamento com as colegas de trabalho na lavanderia. É nítida a ascendência que a mesma detém sobre as demais trabalhadoras. A maioria delas a procura para dividir tarefas, conversar, buscar conselhos ou confidenciar sobre suas vidas.

Sua autoridade é claramente percebida e se traduz em atitudes e comportamentos que lembram a figura do masculino, do pai protetor. Sua opção pela flor conhecida pelo nome de cravo, substantivo masculino, como forma de identificar-se neste estudo, também pode ser percebida como uma expressão de seu lado masculino, além de outras evidências como a expressão corporal, o jeito de andar, falar, fumar, enfim... o seu jeito de ser.

Na terapêutica umbandista, os pais e mães-de-santo conhecem muito bem as analogias entre plantas e entidades espirituais, porque existe um sistema de correspondência entre uma entidade, "orixá", uma parte do corpo humano e determinada planta curativa. Essa analogia pode ser percebida na seguinte afirmação: *"Uso chá para tudo. Consulto os pais antes de dar o chá"* (Cravo).

A consulta à qual Cravo se refere diz respeito ao ritual de perguntar ao orixá-orientador qual a melhor solução para o problema apresentado pelo consulente.

Segundo Montero (1985), é na presença do doente que o curandeiro espírita procura determinar a origem do mal que o aflige. Essa determinação encaminha para a classificação da doença em dois grupos: doenças materiais e doenças espirituais.

Loyola (1984), em sua obra "Médicos e Curandeiros", explica muito bem essa classificação da doença sob a ótica do discurso religioso umbandista. As doenças materiais estão relacionadas com aquelas que *"apresentam perturbações orgânicas cujas causas parecem evidentes e, principalmente, aquelas em que o doente apresenta sintomas considerados graves"* (p. 62).

As doenças espirituais, explica a autora, são aquelas cuja origem foge à verificação prática pertinente às doenças materiais. A doença espiritual pode ser atribuída a mau-olhado, espírito encostado, mediunidade não-desenvolvida, castigo ou provação de Deus. É entendida como aquela que provoca a "perda do entendimento" por parte da pessoa acometida, ou o seu distanciamento do comportamento considerado normal para os demais. Pode também ser relacionada para designar distúrbios de origem psicológica.

Montero (1985) menciona que as doenças materiais têm relação com a atuação do médico e da medicina oficial. Justamente por ser essa uma prática dominante, é sempre auto-referente. A terapêutica umbandista compreendida pela autora como prática subalterna da chamada medicina popular se refere necessariamente ao modelo dominante.

Na visão da autora, as doenças espirituais estão relacionadas com a atuação religiosa, uma vez que o que lhe dá sentido é justamente o fato de que ela visa a negação da posição de subalternidade que, como prática mágico-religiosa, mantém em relação à prática médica.

No universo de cura da Umbanda, o pai ou mãe-de-santo sabe distinguir claramente a sua competência em relação ao tratamento das doenças.

Assim, o tratamento mágico não pretende contestar o monopólio do científico. Ao contrário, líderes espirituais observam a noção de complementaridade das duas práticas, ao proporem um tratamento de cura.

Dessa forma, Cravo, na sua condição de mãe-de-santo, sinaliza que uma doença, principalmente se acompanhada de sintomas físicos, pode ser tratada com o uso de chás, banhos de ervas para o "descarrego" ou remédios farmacêuticos do receituário popular que são prescritos por ela, sob orientação de seu orixá.

Entretanto, deixa claro em suas palavras o fato de não se comprometer com problemas que ultrapassem a sua competência de curandeira. O recurso de procurar a medicina oficial não é jamais excluído de sua prática, como bem se pode perceber: *"Se o chá e o 'pacote' não resolvem, mando para o médico."*

Seu discurso também demonstra um grande senso de responsabilidade para com os consulentes, pois deixa claro que só trabalha em busca de cura, observando seus limites e, conseqüentemente, reconhecendo a prática científica da medicina oficial.

Entretanto, mesmo demonstrando flexibilidade ao aceitar a noção de complementaridade de práticas, seu discurso desliza para a afirmação de supremacia da prática mágico-religiosa sobre a prática médica, ao informar, categoricamente, que aqueles adeptos que a procuram com problemas de aflição, possessão de espíritos malignos, mau-olhado, entre outras causas de doença espiritual, encontram no ritual do pacote, velas e oferendas aos orixás a solução de seus males: *"Todos ficam bons"*, afirma.

A busca da cura mágica para a doença espiritual surge, assim, para esses consulentes, não como algo que se soma ao tratamento médico, mas como algo

que o substitui, seja porque a medicina oficial fracassou ao tentar resolver os seus problemas, seja porque a mesma desconsiderou as suas queixas.

A noção de prestígio pessoal também pode ser percebida em sua fala, ao citar "todos", enfaticamente. Procura assim não deixar dúvidas quanto à sua competência como curandeira de males físicos ou espirituais.

Manter o prestígio é uma questão muito forte para os curandeiros espíritas, pois remete à certeza da garantia de sua própria sobrevivência. Cravo mencionou, ao longo de nossos encontros, que conta com o reconhecimento de muitos colegas de trabalho que já a procuraram em busca de solução para problemas físicos e espirituais.

É sabido que mães-de-santo e médiuns se consideram portadores de uma sabedoria divina, de um dom capaz de igualar, ou até mesmo de ultrapassar o médico na arte de curar (Montero, 1985).

Cravo tem consciência de possuir o poder de cura que, segundo Helman (1994), pode ser adquirido ou nato. Na visão do autor o curandeiro popular possui determinadas habilidades que, entre outras formas, podem ter sido adquiridas através do aprendizado com um curandeiro mais velho. No caso, Cravo compreende-se como herdeira de sua mãe, como deixa claro nas seguintes palavras: *"Sou de família de curandeiros. Minha mãe me ensinou a curar com as mãos."*

O pensamento mágico contido na expressão *"curar com as mãos"* pode ser interpretado como o fio condutor do raciocínio de Cravo, ao explicar seu papel na

condução de práticas mágico-religiosas de cura: *"Eu sou a feiticeira; a que faz magia para curar."*

Segundo Montero (1985, p. 6), *"a magia constitui-se num sistema simbólico que produz um conhecimento sobre o mundo, isto é, lhe atribui significados. Através dessa rede simbólica de sentidos é possível pensar o mundo e certas práticas sociais."*

A magia é, particularmente, uma atividade secreta do curandeiro-espírita, do benzedor, do pai ou mãe-de-santo da Umbanda ou de qualquer outro terapeuta que pertença ao universo simbólico das curas mágico-religiosas, pois representa a capacidade desses de realizarem coisas extraordinárias e admiráveis. Trata-se da manipulação de idéias, objetos ou ritos que têm por base a fé em alguma força supranatural, capaz de produzir um efeito misterioso, porém certo e infalível. É a manipulação do sagrado. É quando o curandeiro espírita, nesse caso, a mãe-de-santo Cravo, impõe seu poder advindo de seu sistema simbólico umbandista sobre as entidades presentes no consulente, para controlar as forças espirituais. Esse efeito mágico é obtido através de rituais. O "passar o pacote e a vela" é um ritual realizado por Cravo em seu terreiro de Umbanda, que, pode-se dizer, se constitui numa prática de cuidado de saúde.

Pais e mães-de-santo procuram, através de rituais, obter a intercessão dos espíritos para resolverem os problemas que lhes são encaminhados. Assim o faz Cravo. Ao imprimir sua marca pessoal aos rituais consagrados da Umbanda, está assimilando cada vez mais a identidade da feiticeira, aquela que faz magia para curar. O elemento-chave para se compreender a eficácia desse ritual religioso de saúde é, sem dúvida, o ato de fé, através do qual o adepto da Umbanda

estabelece uma relação de intersubjetividade com a mãe-de-santo. Dessa forma, o consulente encontra na dimensão simbólica do ritual a compreensão e o sentido de sua cura.

Tendo por base a riqueza dos conteúdos manifestos nas falas das duas participantes deste estudo, até aqui interpretados através da lente da cultura, poder-se-á certamente entender a importância do fator cultural religião na compreensão que as pessoas em geral possuem acerca dos cuidados com a saúde.

Percebe-se, nas palavras de Margarida e de Cravo, o quanto a religião é valorizada nas ações de cuidado para com a família e consigo mesmas. Cravo falou, claramente, que atribui um grande valor ao fator religiosidade, agregando-o ao cuidado. Fato semelhante foi encontrado por Leininger (1991) em seus estudos com comunidades, constituindo-se em um elemento decisivo para o planejamento da atenção à saúde congruente com a visão de mundo do cliente.

Os cuidados com a saúde, uma vez concebidos a partir da cultura religiosa, contêm não só uma compreensão do que seja doença e saúde, mas trazem embutido nessa compreensão maior uma pedagogia profundamente humana, capaz de envolver a totalidade da pessoa doente e desenvolver a harmonia do mundo em forma de saúde. Por isso, poderão estar carregados de experiência e de outros saberes sobre a vida, comentes não percebidos no cenário dos serviços de saúde. Assim, nem sempre a avaliação de cura poderá ser feita por critérios emanados da medicina oficial institucionalizada, porém poderá ser obtida, a partir do respeito e da valorização por parte dos profissionais de saúde, acerca

da compreensão cultural que o indivíduo possui da vida e do mundo para entender o seu conhecimento e sua sabedoria a respeito da saúde e das formas de protegê-la da doença.

O fato de o indivíduo sentir-se curado e atribuir tal cura às práticas religiosas de saúde pode revelar que há um efeito eficaz dessas práticas que produzem saúde.

Entende-se que as ações que se direcionam à proteção da vida não podem ser condenadas e excluídas por mero preconceito ou por não se ajustarem à lógica do pensamento de alguns profissionais, ou à filosofia e estrutura de alguns serviços. Precisam, sim, serem entendidas como práticas cujo princípio fundamental é a VIDA.

Se os profissionais de saúde que militam na área da educação em saúde deixarem de lado a solução demasiado fácil de atribuir a essas práticas o rótulo preconceituoso da "crendice", rótulo que evita seu reconhecimento, ao descartá-las como subproduto da ignorância, serão naturalmente levados a descobrir, por trás dessa aparente irracionalidade, um processo lógico de conhecimento que faz parte de um sistema cultural próprio de determinados grupos sociais.

Não cabe a esses profissionais questionar as práticas religiosas de saúde a partir de seus próprios referenciais culturais e científicos. O que interessa é observar se tais práticas ajudam a proteger e garantir a saúde, enfim a VIDA.

7 A TÍTULO DE CONTRIBUIÇÃO...

Pretende-se, ao concluir este estudo, tecer algumas considerações que poderão, de certa forma, representar uma contribuição para aqueles profissionais envolvidos com o processo de educação em saúde.

Muitas vezes, na prática, a educação em saúde tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, realizada de forma fragmentada e, por vezes, distante da realidade de vida da clientela a que se destina. Muitos profissionais que trabalham na área da educação em saúde encontram dificuldades no seu cotidiano:

- recomendações de práticas diferentes por instituições também diferentes que se relacionam com uma mesma ação que se espera do cliente;

- despreocupação com o universo conceitual do cliente, entendendo que tudo depende da transmissão do conhecimento técnico;

- recomendações de práticas com barreiras sócio-econômicas e culturais que dificultam ou restringem a sua execução;

- extrema preocupação em vender a imagem da instituição;
- área programática das instituições querendo resultados concretos e rápidos.

Trata-se aqui de mencionar somente algumas dificuldades que, certamente, os profissionais da área da saúde encontram no seu trabalho, as quais, quando percebidas, podem representar motivo para muita frustração.

Entretanto entende-se que a principal dificuldade, talvez não totalmente percebida, é a pouca ou nenhuma valorização, por parte dos profissionais, do contexto cultural que envolve a vida das pessoas, o qual determina a sua visão de mundo, seu estilo de viver e, principalmente, contribui para a construção de seu conhecimento, de seu saber.

O contexto cultural constitui-se de hábitos, crenças e valores transmitidos e compartilhados por pessoas de um mesmo grupo social. Sua essência está na família, a grande guardiã das tradições culturais, capaz de transmitir conhecimentos através de gerações. Conhecimentos que podem orientar as formas de cuidar da saúde, de adoecer e de morrer.

O comportamento das pessoas depende de suas crenças, ou seja, daquilo que elas supõem que seja verdade. O que comanda a ação é a sua percepção do mundo, pouco importando que, para o outro, ela seja verdadeira, parcial ou completamente falsa.

As pessoas, dentro de suas perspectivas culturais, durante a maior parte de suas vidas, se cuidam e, só em alguns momentos, se aproximam do setor profissional de saúde. Quando o buscam, passam a conviver em dois mundos diferentes: aquele no qual sempre viveram, em que as questões de saúde não estão separadas das outras questões de vida, e o do profissional, que separa, divide e, muitas vezes, não considera a sua maneira de cuidar.

Dessa forma, o distanciamento entre o que as pessoas até então desenvolvem em suas vidas e aquilo que lhes é proposto fazer na situação de doença é, muitas vezes, a causa do abandono ou participação parcial no tratamento.

Os motivos que levam a pessoa a cuidar ou não de sua saúde precisam ser analisados sob uma ótica muito mais abrangente que contemple, acima de tudo, a interpretação da multiplicidade de fatores envolvidos na construção de sua vida.

Há necessidade de os profissionais de saúde entenderem os significados e as diferentes formas de ver a saúde na ótica das culturas, para se poder romper com a tradição imposta pelo modelo biomédico, no qual as pessoas são tratadas de maneira uniforme, a partir de suas doenças, sem se considerarem suas diferenças.

Geralmente os profissionais que trabalham com pessoas nas mais diferentes situações nem sempre compreendem essas diferenças culturais. Ignorando essa verdade, mantêm com sua prática hegemônica a lógica do sistema profissional de

saúde, que consiste na predominância dos cuidados de saúde a partir da estrutura cognitiva de sua profissão.

Além disso alguns entendem seus conhecimentos como científicos e racionais e os da pessoa leiga como irracionais e não-científicos, colaborando, assim, para a construção de uma série de dogmas já incorporados ao cotidiano da educação em saúde, tais como “os aspectos biológicos dos problemas de saúde são verdadeiros por si só”, enquanto “os aspectos psicossociais e culturais são fenômenos de segunda ordem”, conseqüentemente pouco importantes. O encontro entre profissionais e pacientes, com ou sem a família, é o encontro entre peritos e ignorantes, tanto que o papel dos primeiros é dar ordens e ditar normas, enquanto que o papel dos pacientes é ouvir passivamente e cumprir. Sendo o profissional o principal responsável pelo cuidado com a saúde das pessoas, o não cumprimento do tratamento é freqüentemente visto por ele como uma ofensa moral, conduzindo-o a julgamentos estereotipados e obtusos que culpabilizam a pessoa pelos desequilíbrios enfrentados.

É necessário que se perceba que as pessoas valorizam o seu próprio conhecimento acerca dos cuidados com a saúde, os quais compreendem desde os tipos de tratamentos em que acreditam, a quem recorrer se ficam doentes, passando pelo seu próprio entendimento acerca das razões do aparecimento da doença.

Assim, a existência de uma multiplicidade de práticas populares de cuidados deveria ser devidamente considerada pelos profissionais, ao abordarem a

clientela, no sentido de promoverem o compartilhamento de saberes, a partir do respeito mútuo e da interação.

Promover o entrelaçamento de saberes significa buscar alternativas de cuidados de saúde congruentes com o universo de quem vai ser cuidado. Isso implica na busca do conhecimento da situação real de vida e de saúde das pessoas, no reconhecimento da experiência das mesmas nas questões de saúde; na análise dos fatores culturais e crenças que influenciam o seu comportamento: trabalho, religião, família, gênero, vestuário, higiene, lazer, condições de habitação, alimentação, acesso aos recursos da comunidade entre outros. Entretanto tudo isso implica em uma nova abordagem no desenvolvimento de ações educativas: a abordagem cultural. Essa, tem como âncora a cultura, entendida como um conjunto de princípios herdados pelas pessoas, enquanto membros de um grupo em particular que precisam ser devidamente valorizados pelos profissionais da saúde.

Para tanto faz-se necessária a capacitação desses profissionais naquelas áreas do conhecimento que venham possibilitar-lhe a compreensão do universo da pessoa, apreendendo suas percepções sobre a saúde, a doença, sobre o processo de viver, suas crenças, símbolos e comportamentos, deixando de lado o etnocentrismo que encobre a possibilidade de articulação entre saberes. Um mergulho profundo no significado das ações, valores e crenças populares pode ser considerado como um mecanismo imprescindível para tal articulação.

Entretanto, isso tudo não significa que esses profissionais devem abdicar de seu conhecimento científico. Ao contrário: podem sim, com muito mais

propriedade, utilizar seu conhecimento e buscar o equilíbrio entre os saberes vislumbrando a possibilidade de redefinição de sua prática.

Assim, acredita-se que a preocupação da educação em saúde de "como orientar" não está baseada na necessidade pura e simples de que o cliente mude de hábitos, mas, sim, de que participe ativamente, com prazer, com responsabilidade desse momento de troca de experiências e saberes e que, então, tenha subsídios necessários para decidir o que fazer com esses conhecimentos, pois, segundo Pilon (1986),

todos os homens têm seu projeto de vida e podem desenvolver os recursos pertinentes a partir do que crêem importante e significativo para suas vidas. A tarefa da educação em saúde não é dizer-lhe o que é importante, mas facilitar as condições para que vejam, eles mesmos, a importância das coisas (p. 391).⁴

Dessa forma, concluindo, esta é uma contribuição para a prática e o ensino de enfermagem nos mais diferentes cenários que os absorvem, pois se entende que as pessoas necessitam viver melhor dentro de seus contextos de vida, impregnando suas ações de significados culturais, ao mesmo tempo que o profissional de enfermagem pode obter uma melhor compreensão do cliente a partir da análise de seu contexto cultural. Isso, se vestir as lentes da cultura, lançar um olhar antropológico sobre o cotidiano e, jogar o jogo da VIDA.

⁴ Tradução livre da pesquisadora

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ANDRÉ, M.E.D. **Etnografia da prática escolar**. Campinas : Papirus, 1995.
- 2 ASSIS, São Francisco. **Oração da paz**. Porto Alegre : Vozes, 1998. (Série Bênçãos e Orações, 16).
- 3 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1977.
- 4 BERLINGUER, G. **A doença** . São Paulo : Hucitec, 1988.
- 5 BÍBLIA. A. T. **Bíblia Sagrada**. Traduzida da vulgata e anotada pelo Pe. Matos Soares. 16. ed. São Paulo : Paulinas, 1963a. Cap. 1, p. 19-20 : Criação do mundo.
- 6 _____. _____. Traduzida da vulgata e anotada pelo Pe. Matos Soares. 16. ed. São Paulo : Paulinas, 1963b. Cap. 3, p. 493-494 : Frutos da vida virtuosa.
- 7 BOEHS, A.E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família**. Florianópolis : UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- 8 BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro : Graal, 1980.
- 9 BONILHA, A. L. de L. **Criança miúda: o cotidiano do cuidar no contexto familiar**. São Paulo : USP, 1997. Tese (Doutorado). Programa Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1997.
- 10 BRAGA, C.G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 498-516, dez. 1997.
- 11 BRANDÃO, C.R. **O que é educação?** São Paulo : Brasiliense, 1985.

- 12 BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1986. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- 13 _____. Ministério da Saúde. **Educação em saúde nas unidades federadas.** Diretrizes de Atuação da Divisão Nacional de Educação em Saúde. Brasília, 1980.
- 14 BUDÓ, M.L.D. **Cuidando e sendo cuidado:** um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. Santa Maria : UFSM, 1994. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural). Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural da Universidade Federal de Santa Maria - RS, 1994.
- 15 CANESQUI, A.M. Trajetória da educação popular nas instituições estatais de saúde. In: PAIVA, V. et al. **Perspectivas e dilemas da educação popular.** 2. ed. Rio de Janeiro : Graal, 1986.
- 16 CAPRA, F. **O ponto de mutação:** a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo : Cultrix; c1982.
- 17 CARTANA, M. H. F. **Rede e suporte social de famílias.** Florianópolis: UFSC, 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, UFSC, 1988.
- 18 COLLIÈRE, M.F. Invisible care and invisible woman as health care - providers. **International Journal of Nursing Studies**, Great Britain, v. 23, n. 2, p. 95-112, 1986.
- 19 COSTA, N.R. **Estado, educação e saúde:** a higiene da vida cotidiana. São Paulo : Cortez, 1981. (Cadernos do CEDES, n. 4).
- 20 DONNANGELO , M.C.F; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** São Paulo : Duas Cidades, 1976.
- 21 ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a brasilian fishing viliage.** San Francisco: Universidade da Califórnia, 1984. Tese (Doutorado em Enfermagem). Curso de Doutorado em Ciências de Enfermagem da Universidade da Califórnia, 1984.
- 22 FREIRE, P. **Educação e mudança.** 19. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1993.
- 23 GARCIA, J.C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In : NUNES, E. D. (org.). **Medicina social:** aspectos históricos e teóricos. São Paulo : Global, 1983.
- 24 GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro : LTC Editora, 1989. Cap. 4, p. 101-142: A religião como sistema cultural.

- 25 GOLDIM, J.R. **Pesquisa em saúde: leis normas e diretrizes**. 3. ed. Porto Alegre : HCPA, 1997.
- 26 GUALDA, D.M.R. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. São Paulo : USP, 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1993.
- 27 GUTIERREZ, F. **Educação como práxis política**. São Paulo : Sumus, 1988.
- 28 HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.
- 29 KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley : University of California, 1980.
- 30 KNAUTH, D. Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar. In : LEAL, O. F. (org.). **Antropologia do corpo e da saúde 1**. Cadernos de Antropologia, n. 5, 1992, Porto Alegre.
- 31 LAPLANTINE, F. **Medicinas paralelas**. São Paulo : Brasiliense, 1989.
- 32 LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 11. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1996.
- 33 LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org.). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo : Global, 1983.
- 34 LEAVELL, H. R.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo : McGraw-Hill, 1976.
- 35 LEININGER, M. A relevant nursing theorie: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1., 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis : UFSC, 1985a.
- 36 _____. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando : Grune & Stratton, 1985b.
- 37 _____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York : Leininger, 1991.
- 38 LOYOLA, M.A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo : Difel, 1984.
- 39 LÜDKE, M; ANDRÉ, M.E.D. **A pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo : EPU, 1986.

- 40 MEAD, M. Understanding cultural patterns. In : LINCHT, L. R. **The cross-cultural approach to health behavior**. New Jersey : Fair Leigh Dickson, 1969.
- 41 MELLO, J.A.C. **Educação sanitária**: uma visão crítica. São Paulo : Cortez, 1981. (Cadernos do CEDES, N. 4).
- 42 MELLO, J.A.C; VALLA, V.V. Sem educação ou sem dinheiro? In: MINAYO, M. C. de S. (org.). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.
- 43 MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo : Hucitec, Rio de Janeiro : Abrasco, 1993.
- 44 _____. Representações da cura no catolicismo popular. In : MINAYO, M.C. de S.; ALVES, P. C. (orgs.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994.
- 45 MONTERO, P. **Da doença à desordem**: a magia na umbanda. Rio de Janeiro : Graal, 1985.
- 46 MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem**: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. Florianópolis : UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Mestrado em Enfermagem, UFSC, 1994.
- 47 MOURA, D. **Saúde não se dá**: conquista-se. São Paulo : Hucitec, 1989.
- 48 NUNES, E.D. et al. **As ciências sociais em saúde na América Latina**: tendências e perspectivas. Brasília : OPAS, 1985.
- 49 OLABUENAGA, J.R; ISPIZUA, M.A. **La descodificación de la vida cotidiana**. Bilbao : Univ. de Deusto, 1989.
- 50 PATRÍCIO, Z.M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis : UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- 51 PILON, A. F. Desarrollo de la educación en salud - una actualización de conceptos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 391-6, 1986.
- 52 PINTO, A.V. **Sete lições sobre educação de adultos**. 7. ed. São Paulo : Cortez Autores Associados, 1991.
- 53 PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1989.

- 54 PRADO, D. **O que é família**. São Paulo : Abril Cultural, Brasiliense, 1985.
- 55 ROSA, M.S. de O. **Educação em saúde nos serviços de saúde**: falácia, realidade ou utopia? Porto Alegre : UFRGS, 1990. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1990.
- 56 SILVA, J.O; BORDIN, R. Educação em saúde. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1990, p. 41-45.
- 57 SUCHOLDOLSKI, B. **Tratado de Pedagogia**. 4. ed. Barcelona : Península, 1979.
- 58 ULLMANN, R.A. **Antropologia**: o homem e a cultura. Petrópolis : Vozes, 1991.
- 59 VALLA, V.V. **Participação popular e os serviços de saúde**: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ, 1993.
- 60 VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo : Hucitec, 1991.
- 61 WALDOW, V. R. Educação para o cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 35-40, jul. 1993.
- 62 _____. **Cuidado humano**. o resgate necessário. Porto Alegre : Sagra Luzzato, 1998.
- 63 WESTPHAL, M.F; PELICIONE, M. C .F. Contribuição da educação em saúde para a reforma sanitária. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 33, p. 68-73, dez, 1991.
- 64 WOORTMANN, K. **A família das mulheres**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1987.

ANEXOS

ANEXO I

Porto Alegre, 08 de janeiro de 1997.

Ilma. Sra.

Claudete Oliveira

MD Chefe do Serviço de Processamento de Roupas - SPR - HCPA

Venho por meio desta solicitar a V.Sa. a oportunidade de desenvolver uma pesquisa acadêmica nesse Setor de trabalho, conforme detalhes presentes no projeto em anexo.

Tendo em vista que em outra oportunidade já realizei uma atividade prática assistencial com alguns funcionários, tenciono continuar a mesma linha de trabalho, construindo assim a minha dissertação de Mestrado.

Aproveito a ocasião para oferecer-lhe uma cópia do projeto de dissertação e agendar uma reunião para o planejamento das atividades.

Atenciosamente,

Beatriz F. Waldman - Mestranda

Ida H. de Freitas Xavier - Orientadora

ANEXO II**ANOTAÇÕES DE CAMPO**

DATA _____

ENCONTRO Nº _____

LOCAL _____

HORÁRIO DE INÍCIO _____

HORÁRIO DE TÉRMINO _____

Nº DE PARTICIPANTES _____

ASSUNTO DISCUTIDO	REFLEXÕES DO OBSERVADOR

ANEXO III

Esquema básico da entrevista não totalmente estruturada, conforme orientação de Lüdke e André (1986).

I - IDENTIFICAÇÃO

- a) Nome fictício:
- b) Idade:
- c) Endereço:
- d) Estado civil
- e) Escolaridade
- g) Etnia
- h) Ocupação/função:
- i) Tempo de serviço no setor:

II - HÁBITOS/INFLUÊNCIAS/ CRENÇAS

- a) Hábitos/costumes quanto à alimentação, lazer, saúde, etc.:

III - UNIVERSO FAMILIAR

- a) Pessoas que compõem a família:
- b) Aspectos do cotidiano familiar:
- c) Características da estrutura da família:

IV - PRÁTICAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

- a) Relatos sobre experiências de cuidar:
- b) Quem cuidou ou cuida:
- c) Como cuida de si próprio:
- d) Como cuida da família:
- e) Quais os recursos que utiliza para os problemas de saúde: